

健保記入欄	補助金額(円)

健保押印欄	常務理事			担当者

## 被扶養者(家族) 乳がん・子宮がん検診補助金申請書

健康保険 被保険者証	記号	300	番号	123456	被保険者氏名	健保 太郎	印
					受診者氏名 (被扶養者)	健保 花子	
		乳がん検診		子宮がん検診			
今年度、健康保険組合がご案内した 家族健診(施設型)で受診しましたか? ※どちらかに○をつけてください		<input checked="" type="radio"/> ・受けていない(受けない) <input type="radio"/> ・受けた(受ける予定) ↓ 申請できません		<input checked="" type="radio"/> ・受けていない(受けない) <input type="radio"/> ・受けた(受ける予定) ↓ 申請できません			
受診日		令和 ○ 年	○ 月	○ 日	令和 ○ 年	○ 月	○ 日
受診医療機関名		ALSOK病院		健保クリニック			
検査料金として 支払った金額 ※セット料金の場合は 合計のみ記入してください。		5,500 円		3,800 円		合計	9,300 円
※任意継続被保険者(記号200)の方は記入不要です。 <div style="text-align: center;"> <b>委 任 状</b>  私は下記の者にこの補助金の受領を委任します。  <div style="text-align: right;">令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日</div> 被保険者氏名 <span style="float: right;">健保 太郎 印</span> </div>							

総合事務部記入欄	被委任者	事業所名	
		事業主名	印

- ★健康保険証を使用しての受診(健康保険組合が7割負担)は補助金対象外です。  
★太枠の中を記入押印し、領収書(原本)を添付のうえ、会社の担当者へ提出してください。  
任意継続被保険者(記号200)の方は健康保険組合へ提出してください。

受付印