

婦人科検診補助金申請書

年 月 日

被保険者証 の記号番号	-		被保険者 氏名	(印)		
受診者 氏名			生年 月日	昭和・平成 年 月 日	年齢	歳
受診 医療機関名						
受診日	年 月 日					
受診項目	乳房検査	<input type="checkbox"/> エコー・ <input type="checkbox"/> マンモグラフィー <input type="checkbox"/> その他 ()				
	子宮検査	<input type="checkbox"/> 子宮頸部細胞診 <input type="checkbox"/> その他 ()				
送金先 ※被保険者の 口座以外不可	フリガナ				銀行名	銀行
	口座名義				支店名	支店
			種別	普通・当座		
			口座番号			
検診費用			申請書類	<input type="checkbox"/> 婦人科検診補助金申請書 (本紙) <input type="checkbox"/> 領収証 (原紙) <input type="checkbox"/> 結果表 (コピー可)		
		円				

※ 健保組合記入欄

受付印

補助金額		円	
備考			
常務理事	事務長		担当者