

--

けい

## 乳がん・子宮頸がん検査〔契約外〕補助金請求書

下記のとおり「乳がん・子宮頸がん検査」を受診しましたので、補助金を請求します。

申請日：平成 年 月 日

被保険者証の記号	番号	事業所名		
被保険者氏名		被保険者の住所・電話番号		
印		TEL : ( )		
日中ご連絡先		携帯電話番号など ( )		
受診者氏名		生年月日	年齢	被保険者との続柄
		大正 昭和 平成 年 月 日	歳	本人・被扶養配偶者
検査機関名				
検査受診日		平成 年 月 日		
受診項目 <small>(受診された検査の番号に 印を記入してください。)</small>		1.乳がん視診・触診 2.乳がん超音波 or マンモグラフィ 3.子宮頸がん		
検査費用総額		円 (消費税込み)		

### 【補助金振込先】

**振込口座は、被保険者名義とします。**

銀行名	銀行コード	支店名	支店コード	種目	口座番号 (右詰めで記入)
フカサ		フカサ		1.普通・総合 2.当座	

### 【請求上の注意】

右記のいずれかに該当する方は、補助金の請求ができません	1. 受診当日に、当組合の被保険者・被扶養配偶者の資格のない方 2. 当年度(4月～翌年3月)において、すでに「乳がん・子宮頸がん検査」を受診し、当組合の補助金支給を受けた方 3. 保険診療(3割負担)で「乳がん・子宮頸がん検査」を受診した方(領収証でご確認願います)
申請期限	当年度(4月～翌年3月)の受診分 翌年度5月末日(必着)
添付書類	検査機関発行で受診者の方宛での「領収証」(原本)と「検査結果表」(写)
申請先	〒112-0013 東京都文京区音羽2-10-2 音羽NSビル 人材派遣健康保険組合 健康増進グループ
補助金支払日	請求書を組合で受付した翌月末日頃、指定口座に振込みますので通帳にてご確認願います。

この申請書と添付書類に記載された皆様の個人情報は、補助金支給または組合保健事業の企画運営のために使用し、他の目的には使用致しません。

組合使用欄	500	視・触診	補助額		円
		マンモなど			
		子宮			

〰〰〰  
受付日付印