

婦人科検診補助金支給申請書

裏面の、受診者名簿のとおり婦人科検診を実施したので補助金を交付されたく申請いたします。

令和 年 月 日

事業所所在地

事業所名称

代表者氏名

神奈川県管工事業健康保険組合

理事長 石田 隆 殿

※単価のわかる請求書(写)、領収書(写)、個人ごとの検査結果表(写)を添付してください。

※レディースセット等を受診した場合、乳がん・子宮がんの検査項目ごとの単価がわかる請求書(写)、領収書(写)を添付してください。単価の記載がない場合は、補助金の対象外となります。

婦人科検診受診者名簿

| |
|--------|
| 事業所の記号 |
| |

| 被保険者の 番号 | 氏名 | 乳がん | 子宮がん | 受診日 |
|-------------|----|---------------------------|--------------|-----|
| | | マンモグラフィ¥ エコー¥ 触診のみ¥ | 細胞診¥ 超音波¥ | |
| | | マンモグラフィ¥ エコー¥ 触診のみ¥ | 細胞診¥ 超音波¥ | |
| | | マンモグラフィ¥ エコー¥ 触診のみ¥ | 細胞診¥ 超音波¥ | |
| | | マンモグラフィ¥ エコー¥ 触診のみ¥ | 細胞診¥ 超音波¥ | |
| | | マンモグラフィ¥ エコー¥ 触診のみ¥ | 細胞診¥ 超音波¥ | |
| | | マンモグラフィ¥ エコー¥ 触診のみ¥ | 細胞診¥ 超音波¥ | |
| | | マンモグラフィ¥ エコー¥ 触診のみ¥ | 細胞診¥ 超音波¥ | |
| | | マンモグラフィ¥ エコー¥ 触診のみ¥ | 細胞診¥ 超音波¥ | |
| | | マンモグラフィ¥ エコー¥ 触診のみ¥ | 細胞診¥ 超音波¥ | |
| | | マンモグラフィ¥ エコー¥ 触診のみ¥ | 細胞診¥ 超音波¥ | |

※乳がん・子宮がんの検査項目でそれぞれ支払った金額を¥欄へお書きください