

婦人科検診補助金支給申請書

下記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

被保険者の
記号・番号 _____

住 所 _____

T E L _____

氏 名 _____

受 診 日 _____ 月 _____ 日

※乳がん検診で支払った金額(マンモグラフィ) ￥ _____
(エコー) ￥ _____
(触診のみ) ￥ _____

※子宮がん健診で支払った金額(細胞診) ￥ _____
(超音波) ￥ _____

神奈川県管工事業健康保険組合
理 事 長 石 田 隆 殿

※乳がん・子宮がんの検査項目箇所に支払った金額をお書きください。

※請求書(写)、領収書(写)、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。

※補助金をお振り込みするため、ご希望される本人名義の銀行口座情報をお書きください。

(郵便局以外でお願いします)

希望する金融機関	支店名	預金口座名義	口座種類	口座番号
			普 通 当 座	