

婦人科ドック補助金申請書

* 太枠内を記入し、事業所へ提出してください。

申請年月日		平成 年 月 日			
事業所					
配置(任継者は住所)				TEL	
被保険者証の記号番号		記号		番号	
受診者	氏名	印			
	生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日 (歳)			
	被保険者 との続柄	☐ 被保険者本人 ・ ☐ 被扶養者である配偶者			
健診機関名					
受診日		平成 年 月 日			
受診項目 (受診項目に「 ☒ 」)		☐ 乳がん検診 ・ ☐ 子宮がん検診 ・ ☐ 骨密度検査 ☐ 血液検査 ・ ☐ その他()			
窓口で支払った金額		¥			
添付書類		・ 領収書(原紙) ・ 受診結果(コピー) ・ 受診内容・受診費用がわかる書類(コピー可) (健診機関のパンフレットで費用が表示されているものがあれば良)			

- 注1) 人間ドックを受診せず婦人科ドックのみ受診した場合に、当申請書を使用ください(年度内1回が当補助金対象)。
注2) 東ソー関連健康保険組合の「人間ドック健診指定機関」以外でドック受診し、全額支払った場合に申請できます。
注3) 複数の健診機関で項目別に受診した場合も、1回にまとめて申請ください。
注4) 市区町村等で受診した健康診断の費用を請求することはできません。(重複補助不可)
注5) 保険診療(治療)は、当補助金の対象外です。

健 保 使 用 欄	-----			受付印

	常務理事	担 当		出納印