

# 婦人科検診補助金請求書

実施年月	令和 年 月 ~ 令和 年 月
請求者数	名
受診項目	受診件数
子宮がん検診 (20歳以上)	件
乳がん検診 (30歳以上)	件

補助金受取口座について  
チェック欄(□)に『✓』を入れて、必要事項をご記入ください。

<input type="checkbox"/>	「支払金振込口座(保険給付金口座)を希望する」 ⇒【口座記入欄】のご記入は不要です
<input type="checkbox"/>	「支払金振込口座の登録がない」または「支払金振込口座以外を希望する」 ⇒【口座記入欄】にご記入ください

## 【口座記入欄】

金融機関名		支店名	
口座種別	普通預金・当座預金	口座番号	
フリガナ			
口座名義			

※ 受診者個人口座には振込できませんので、ご了承ください。

東京ニットファッション健康保険組合理事長 様	上記のとおり実施したので、補助金を請求いたします。
令和 年 月 日	
事業所記号 ( )	
事業所所在地	
事業所名称	
事業主氏名	

## 【添付書類】

- ① 婦人科検診補助金請求者名簿
- ② 領収書(コピー可・受診者氏名、検査項目ごとの金額がわかるもの)

## 【注意事項】

- ① 「子宮がん検診」は20歳以上、「乳がん検診」は30歳以上が対象者です。
- ② 主な検査内容は、触診・細胞診・超音波・レントゲンなどですが、特に制限はありません。
- ③ 保険診療(自己負担額)は、補助金の対象外です。
- ④ 東振協契約医療機関で受診時に支払った一部負担金は、補助金の対象外です。

## 【請求期限】

受診年度の翌年度の5月末日まで

受付印