

【被扶養者】婦人科検診補助金請求書

事業所名称	
保険証記号・番号	—
被保険者名	
住所	
連絡先 ※日中つながりやすい電話番号	— (携帯・自宅・会社)

No	受診者名	受診日	支払金額(税込)	
			子宮がん	乳がん
1		/	円	円
2		/	円	円
3		/	円	円

【補助金受取口座記入欄】※被保険者の口座を記入してください

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			

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

【添付書類】

- ① 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)

受付印

【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