決議書	同 年 月 日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	係	係	備考
	支 払 年 月 日	令和 年 月 日					
	支 払 金 額	円					
	支 給 決 定 額	円	受診年月日	令和 年 月 日			

↑ 健保利用欄 ↑

被保険者 乳がん・子宮がん検診 補助金申請書

提出日	令和 年 月 日			
記号		番号	事業所(会社)名	
受診者氏名 (被保険者)			電話番号	
			受診健診機関	
生年月日	昭和・平成 年 月 日	受診年月日	令和 年 月 日	
健診名	健保補助対象年齢	健診費用(税込)	健保補助額の上限	健保記入欄
・乳がん検診(エコー)	30歳以上39歳以下	円	3,000 円	
・子宮がん検診	20歳以上39歳以下	円	3,000 円	
【補助金振込先】 被保険者名義 の口座に入金します(銀行の貯蓄口座・郵便局・農協は不可です)				
※支店名は通帳等で確認し正確に記入してください				
銀行名	支店名	種別	口座番号(右詰で記入)	口座名義(カタカナ)
		普通		

【申請上の注意】

検診受診	<ul style="list-style-type: none"> ・被保険者で全額自己負担で受診した場合についてのみ補助金を申請できます。 ・乳がん健診のマンモグラフィーは対象外です。 ・子宮がん検診は子宮頸がん検査、子宮体がん検査、経膈超音波検査を対象とします。 ・健診名欄は受診した方に☑をして下さい。 ・補助金額は上限内での実費分です。
請求の回数	年度内に各1回のみ
請求先	〒174-8560 東京都板橋区舟渡4-10-1 日本金属健康保険組合 宛に社内便又は郵送で提出してください。
添付書類	本申請書の太線内に必要事項を記入のうえ、 ①医療機関発行の結果表(コピー可) ②領収書(原本)を添えて上記までご送付下さい。

領収書 貼付欄	<p>検診実施機関が発行した「領収証」(原本)を貼付してください。 本欄より大きい場合には【申請上の注意】欄にかぶさっても構いません。</p> <p>必要事項は記載されていますか？</p> <ol style="list-style-type: none"> ①受診者氏名 ②受診内容 ③受診年月日 ④受診施設名 ⑤受診施設の印または医師の認印
------------	---