

女性のがん検診補助金請求書

(音羽健保)

(事業所)

音羽健康保険組合

常務理事	事務長	係	責任者	係

理事長 殿

下記のとおり補助金を請求します

(請求日) ○○○○年 ○○月 ○○日 (健保受付日) 月 日

申請者	事業所	記号 1 6	会社名	部 署	部署名
	氏名	保険証番号 1 0 0		音羽 花子	印

1. 検診項目と医療機関及び受診日

受診した医療機関	春日クリニック
検診受診日	○○○○年 5 月 1 日 (火)
受診コース	セットB(乳房エコー+子宮頸がん)
補助金額	15,000 円

- * 契約医療機関以外で受診された場合は「全額自己負担」となります。
- * 健保に事前申請せずに受診された場合は「全額自己負担」となります。
- * 補助金額は実費料金を補助します。ただし、100円未満を切り捨てた金額とします。
- * 医療機関から発行された領収書と明細書を添付してください。(コピー不可)
- * 提出された補助金請求書に関しましては、翌月遅くても翌々月の25日までにはお支払い致しますのでご確認ください。
- * 補助金の請求は4月1日(土・日曜日・祝祭日の場合は翌営業日)を年度分最終提出期限とします。

2. 補助金の振込先 *被保険者本人の口座に限る

(すでに音羽健保に銀行口座を登録済の方は記入の必要はありません)

振込先	銀行名	支店名	種別	口座番号
	銀行コード	支店コード	普通預金	

健保記入欄	受診コース	
	銀行振込金額	円