

婦人科がん検診補助金申請書

ニチバン健康保険組合 御中

婦人科がん検診を受診しましたので下記の通り申請いたします。

令和 年 月 日

被保険者氏名 _____ 印

被保険者証 記号・番号		会社名 事業所名	
婦人科がん検診 を受けた医療機関名	電話		
検診受診日	令和 年 月 日	かかった費用	円
受診者氏名 (受けた人)		続柄	
検診の種類 (該当に○)	① 乳がん・子宮がんセット検診 ② 乳がんのみの検診 (・マンモグラフィ ・乳房エコー) ③ 子宮がんのみの検診 (・子宮頸がん ・子宮体がん)		
前回の検査日	平成・令和 年 月 日 ・今回が初めて (検査機関名 :)		
領 収 書 貼 付 欄 (コピー不可) ※検査領収書が「保険外」(全額本人負担)であることをご確認ください。			
	常務理事	事務長	担当