

## 婦人科検診料補助金交付申請書

I H G ・ A N A ホテルズ健康保険組合 御中

令和 年 月 日

事業所 名称						
被 保 険 者	氏 名				生年月日	昭和・平成 年 月 日 歳
	記 号		番 号		資格取得 年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
検 診 内 容	施 設 名					
	検 診 日	令和 年 月 日				
	検 診 内 容 該当項目に☑	<input type="checkbox"/> 乳がん超音波 <input type="checkbox"/> 乳がんマンモグラフィ <input type="checkbox"/> 子宮がん(頸部細胞診)			検診料金	円

※乳がん超音波・マンモグラフィ両方受診される場合はいずれかが補助対象となります。  
上記の通り、婦人科検診を実施しましたので、補助金の交付を申請いたします。

健 保 組 合			

事 業 所			

上の申請については、以下の通り決定、交付する。

交付申請対象額.....円

受 付 日

被保険者一部負担金.....円

健保組合交付決定額.....円

交付年月日 令和 年 月 日

F -
-----

領収書(原本、検診内容明記)添付