

令和5年度 乳がん・子宮がん検診補助金支給申請書

注)太枠の中に漏れなく記入し、所定の書類を添付しご提出ください。

| | | | |
|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|--|
| 被保険者証 の記号番号 | | 組合員又は 準組合員の氏名 | |
| 受診者の 氏名 | | 受診者の 生年月日 | |
| 受診年月日 | 年 月 日 | | |
| がん検診名 | <input type="checkbox"/> 乳がん <input type="checkbox"/> 子宮頸がん <input type="checkbox"/> 子宮体がん | | |
| 検診 機 関 | 所在地 | | |
| | 名称 | | |
| 検診に要した費用 | | 円 | |

*補助金の振込先について

| | |
|---------|------|
| 銀行 | 本・支店 |
| フリガナ | |
| 口座名義 | |
| 普通 ・ 当座 | 口座番号 |

*領収書の返却について

希望する 希望しない ※希望するにした場合は返信用封筒を同封下さい。

上記のとおり、がん検診の補助について申請します。

※必ず自署押印にてお願い致します。

年 月 日

事業所名 _____

受診者住所 _____

受診者氏名 _____ 印

三岐薬剤師国民健康保険組合理事長 殿

<添付書類>

- 1、領収書原本(受診者氏名、検診名、領収金額記載のもの)
- 2、検診結果(写し)

(事務処理欄)

支給決定額

| | | | | | |
|-----|------|-----|----|---|----|
| 理事長 | 常務理事 | 事務長 | 会計 | 係 | 入力 |
| | | | | | |

支給 ・ 不支給