

令和7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			☐ 乳がん ☐ 子宮頸がん ☐ 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(切手付)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 _____

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