

平成29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	平成 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。

平成 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

