

婦人科健診補助金申請書(家族)

オカモト健康保険組合 殿

※ 下記の通り婦人科健診を受診しましたので、領収証及び
受診票を添えて補助金を申請致します。

年 月 日申請

給付NO													
被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被 保 険 者 証 の 記 号・番 号	記 号	番 号			被保険者 (申請者) の氏名印	印						
	現 住 所	〒											
	事 業 所 名		TEL					—		—			
	実 施 内 容	受診者氏名					年 令	才	続 柄	配偶者			
		健 診 内 容	1. 乳がん (触 診 ・ マンモ又はエコー) 2. 子宮がん (視 診 ・ 内 診 ・ 細胞診)										
		健 診 機 関 名	名 称	TEL									
所在地													
健 診 日	令和	年	月	日	健診費用	円 (消費税込み)							
委 任 状	本申請に基づく補助金の受領を に委任します。												
	事業所担当										年	月	日
		被保険者の 氏 名 と 印									印		

健診終了後、記入捺印(2ヶ所)の上、直接健康保険組合宛郵送して下さい。
尚、あなたご自身差し支えなければ、事業所担当者(窓口)を経由して提出されても結構です。
この場合、検査結果(写)は封筒に入れて外部から見えないようにして下さい。

【添付書類】下記の書類を必ず添付して下さい。

① 領 収 証 の 原 本 ② 受 診 カ ル テ (病院で発行しているものでも可)

【補助金支給方法】

3月末迄に提出された申請書に基づいて事業所を経由してお支払いします。支給限度額は7,000円です。

【補助金支給制限】次の場合、補助金を申請することは出来ません。

- ① 保険診療(保険証使用)で受けた検査及び実施時期(4月～翌年の1月)を過ぎての受診並びに
3月末を過ぎての申請
- ② 受診日に資格を有していない方(25才未満, 認定外家族)
- ③ 同一年度内(4月～翌年3月)に婦人科健診の補助を既に受けている方

【個人情報について】

健康保険組合は、取得した健診結果等の個人情報を適切に保護管理し、支払事務や
医療統計並びに被保険者及び被扶養者の健康保持増進のための事業に活用いたします。

尚、組合は、この請求書の補助金支給対象者が上記個人情報の利用について同意したものと
して取扱います。

支 給 決 議 書 (通知NO.)

伺		決 裁		支 給 決 定 額 (円)		
執 行						
	限 度 額	7,000 円		台 帳	記 帳	入 力
	チェック	不 ・ 必	5・1・4			