

支給決議書	支給決定年月日	平成 年 月 日	常務理事	事務長	係員
	支給決定額	円			

フランスベッドグループ健康保険組合 行

利用後速やかに提出願います

婦人科検診利用補助金申請書

被保険者	記号		被保険者名	
	番号		生年月日	昭和 年 月 日 平成
	所属事業所		TEL	
	住所	〒	TEL : () -	
利用年月日	平成 年 月 日 (曜日)			
利用医療機関	名称			
	住所	〒	TEL : () -	
利用料金	円	(消費税含む)領収書を添付		
健保補助金額	円	<div style="text-align: center; background-color: #cccccc; padding: 2px;">補助金の対象となる検査項目</div> <input type="checkbox"/> 乳がん検査(マンモグラフィ又はエコーのいずれか) <input type="checkbox"/> 子宮頸がん検査(細胞診) ※該当箇所にチェック		
補足	<p>補助対象外(卵巣がん・体がん等)の検査が含まれている場合、乳がん検査においてはマンモ・エコーの両方を検診した場合には、対象となる検査料のみを補助いたします。なお、健診機関において補助対象検査のみの料金設定がない場合には、料金の3分の2を補助額と致します。</p>			
補助金振込先	銀行名		支店名	
	口座番号			
	フリガナ 名義人名	-----		

- * 領収書・検診結果通知書(写)を添付
- * 受診期間は毎年4月1日から9月30日までとする

上記の通り婦人科検診を利用しましたので、補助金を申請いたします。

平成 年 月 日
被保険者名 ⑧