

常務理事	事務長		担当者

## 婦人科検診補助金申請書

令和 年 月 日

ユアサ健康保険組合理事長 殿

下記の通り婦人科検診の補助金を申請致します。

尚、検査結果票を事業所(会社)へ提供することに同意致します。(被保険者のみ)

太枠内を記入してください

被保険者証の記号番号	XXXX — XXXX	被保険者の氏名と印	健保 太郎			印		
被保険者の自宅住所	〒 XXX-XXXX 東京都〇〇区XXXX		TEL	XX-XXXX-XXXX				
事業所名	〇〇〇〇株式会社							
健康診査を受けた人	氏名	健保 花子	生年月日	昭和・平成 XX年 XX月 XX日	年齢	XX 歳	被保険者との続柄	妻
	病院の名称	〇〇〇〇〇〇〇〇病院						
	病院の所在地	東京都〇〇区XXXX						
	期間	令和 XX年 XX月 XX日 ~ 令和 XX年 XX月 XX日 1日間						
送金先 <small>注1:被保険者の口座以外不可 注2:ゆうちょ銀行不可</small>	フリガナ	ケンポ タロウ	銀行名	〇〇〇 銀行				
	口座名義	健保 太郎	支店名	〇〇〇 支店				
	種別	普通・当座	口座No.	XXXXXXXX				
健康診査に要した費用	円	申請書類チェック欄	<input checked="" type="checkbox"/> ① 婦人科検診補助金申請書(本紙) <input type="checkbox"/> ② 領収証(原紙) <input type="checkbox"/> ③ 結果票(コピー可)					
<b>【注意とお願い】</b> ・婦人科検診を単独で受診された場合に、この申請書を使用して申請してください。								

※健保組合記入欄

健保負担額	円	本人負担額	円
備考			