

※ この欄には記入しないで下さい。

令和 年 月 日

常務理事	総務部長	担当者

下記のとおり支給してよろしいか。

補助金 支給額	
	円

婦人科検診 補助金申請書

(該当番号を○で囲んで下さい。)

1. 子宮がん検診

2. 乳がん検診

事業所 担当者の印			
事業所名			
受診者	記号・番号		被保険者 ・ 配偶者
	フリガナ 氏名		
	生年月日	年 月 日	生
受診施設名			
受診日	年 月 日		
支払った金額	円		

上記のとおり受診したので、詳細が分かる領収書(写)を添付のうえ、補助金の申請をします。

令和 年 月 日

(請求者)

事業所名
及び所在地
又は
被保険者氏名

電線工業健康保険組合 殿

※市町村で助成を受けられた方、保険診療(自己負担3割で受診した方)は対象外

受診者名簿

名分

	記号・番号	受診者氏名	生年月日	被保険者・被扶養者	備考
1				被保険者・被扶養者	
2				被保険者・被扶養者	
3				被保険者・被扶養者	
4				被保険者・被扶養者	
5				被保険者・被扶養者	
6				被保険者・被扶養者	
7				被保険者・被扶養者	
8				被保険者・被扶養者	
9				被保険者・被扶養者	
10				被保険者・被扶養者	
11				被保険者・被扶養者	
12				被保険者・被扶養者	
13				被保険者・被扶養者	
14				被保険者・被扶養者	
15				被保険者・被扶養者	
16				被保険者・被扶養者	
17				被保険者・被扶養者	
18				被保険者・被扶養者	
19				被保険者・被扶養者	
20				被保険者・被扶養者	