

※ 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

事業所名	任意継続		
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

フリガナ

被保険者氏名

連絡先

電線工業健康保険組合 殿

振込先	銀行		支店	
被保険者名義のもの	普通・当座	口座番号		

※信用金庫、信用組合、農協、ゆうちょへの振込可能です。

※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