

乳がん検診補助金請求書

九電工健康保険組合 理事長 殿

下記のとおり、乳がん検診補助金を請求します。

				請求日	令和 年 月 日													
請求者記入欄	被保険者証の 記号・番号	記号	番号															
	被保険者氏名	Ⓜ			生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日								年 齢				
	住所 電話番号	(〒 -) (TEL - -)																
	事業所・所属	(会社名) (支店・営業所名)																
	受診者	氏名				生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日								年 齢			
	受診した 医療(検査)機関				受診年月日	令和 年 月 日								歳				
	検診料 (保険適用外) ※保険を適用した検査の個人負担分は補助対象外			円														
委任状	(会社名) 本請求に基づく給付金の受領を に委任する。																	
	令和 年 月 日 被保険者氏名 Ⓜ																	

※ 提出前に記入および添付書類の不備がないようにご確認ください。

【添付書類】

☐ 領収書 原本(宛名は受診者名。検診項目が明記されていること。)

健 保 組 合 決 議 欄	支給決定金額	健保組合 担 当

健保組合 受付印