

子宮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、子宮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								
	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	本請求に基づく給付金の受領を (会社名) に委任する。												
	令和 年 月 日 被保険者氏名 (印)												

※ 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