

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。

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 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日				
請求者記入欄	被保険者証の 記号・番号		記号 9	番号 99999							
	被保険者氏名		九工 太郎 (印)		生年月日	昭和 () ・ 平成 40 年 12 月 31 日				年 齢 54 歳	
	住所 電話番号		(〒815 - 0081) 福岡市南区那の川1-24-1 (TEL 092 - 523 - 3911)								
	事業所・所属		(会社名) 株式会社〇〇〇 (支店・営業所名) 〇〇支店								
	受診者	氏名	九工 花子		生年月日	昭和 () ・ 平成 44 年 1 月 1 日				年 齢 50 歳	
	受診した 医療(検査)機関		〇〇病院		受診年月日	令和 1 年 5 月 8 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			3,300 円							
委任状	(会社名) 本請求に基づく給付金の受領を 株式会社〇〇〇 に委任する。										
	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日		被保険者氏名		九工 太郎 (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 
