

子宮頸がん検診補助金申請書（集 団 申 請 用）

住商連合健康保険組合 行
下記のとおり請求いたします。

(別紙領収書貼付表を添付)

被 保 者 の 検 査 を 受 け た 方 の 記 入 を さ し 込 め る 先	記 号	会 社 名 ・ 支 店 名										
	記号は事業所記号 を記載ください		△■△株式会社									
	住 所											
	〒 123 — 9876											
	東京都・・・											
	受 診 者(代表者名)	人 数	受 診 日			医 療 機 関 名			実際に支払った金額			
	健康 住子	他 10 名	令和 7 年 6 月 30 日			●●●病院			6,000 円			
		他 名	令和 年 月 日						円			
		他 名	令和 年 月 日						円			
		他 名	令和 年 月 日						円			
■個人情報に関する同意について 子宮頸がん検診の実施にあたって取得した個人情報は、保健事業に利用します。 なお、法令に基づく等の正当な理由がない限り、ご本人の同意なき第三者からの 当該個人情報の受領および第三者への提供は行いません。 これに同意頂ける場合には右記の「同意する」欄にチェックして下さい。 ☒ 同意する												
振 込 先	銀行コード (4ケタ) ・銀行名	567	☆☆☆	銀行	支店コード (3ケタ) ・支店名	478	■□▼	本店 支店 出張所				
種別	普 通 ・ 当 座	口座番号		8	5	2	7	4	1	9		
口座名義		サンカクシカクサンカクカフシキカイシャ										

補 助 金 請 求 合 計

《 組 合 記 入 欄 》

本人
家族

名
名

円

※補助金申請のご注意

◆ 下記の事項の記載がある領収書(原本)を添付 《領収書貼付表にのりづけして下さい》

● 受診者の個人名(フルネーム)(受診者が複数人いる場合は、それぞれの個人名・金額の内訳も必要です)

● 受診年月日

● お支払い金額(他の項目と一緒に受診された場合は子宮頸がん検査にかかる金額が分かること)

● 受診した病院名

● “子宮頸がん検査”であることが記載

◆ 診療(医療)明細書を添付の際には必ず領収書(原本)の添付も必要です。

◆ 受診された方のリスト(記号・番号・受診者名・生年月日・病院名・受診日・支払い金額・請求金額)を必ず添付してください。

◆ 受診予定のある被保険者および被扶養者が全員受診を終えた時点で、1回の申請でお願い致します。

◆ 市区町村から補助を受けた場合および保険適用での受診の場合は対象外となります

受付日付印

|