

子宮頸がん検診補助金申請書（個人用）

住商連合健康保険組合 行 下記のとおり請求いたします															
記号・番号は、①マイナポータル、②資格情報のお知らせ、③資格確認書のいずれかでご確認ください。															
令和 7 年 6 月 30 日 提出															
被 保 険 者 情 報 ず 報 検 査 を 受 け け 入 方 の 情 報 だ さ い に 関 す る 情 報	被 保 険 者 記 号	番 号	被 保 険 者 氏 名					会 社 名							
	123	456	組 合 康 子					☆☆☆株式会社							
	被保険者のマイナンバー (記号番号を記入した場合は不要です)														
	住 所										連 絡 先 電 話 番 号				
	〒 432 — 1987 東京都……										03-1234-5678				
	この請求は被保険者・被扶養者の補助申請が可能となる家族全員分ですか ☐ はい ☐ いいえ														
	受診者名・生年月日・年齢					本人 家族	受 診 日		医 療 機 関 名			支払った金額			
	受診者名: 組 合 康 子 S・H 7 年 5 月 28 日 30 歳					本人 家族	令和 7 年 6 月 12 日		△△△クリニック			6,000 円			
	受診者名: S・H 年 月 日 歳					本人 家族	令和 年 月 日					円			
	受診者名: S・H 年 月 日 歳					本人 家族	令和 年 月 日					円			
受診者名: S・H 年 月 日 歳					本人 家族	令和 年 月 日					円				
受診者名: S・H 年 月 日 歳					本人 家族	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															
振込口座に関する情報 被保険者本人名義の振込口座(家族名義の口座に委任の場合は、別途委任状の添付が必要)															
銀行コード		9	8	7	6	銀行名		□□□□□			銀行・農協 信用金庫 信用組合				
支店コード		5	4	3	支店名		▼▼▼			支店 出張所		種別	普 通		
口座番号		2	1	9	8	7	6	5	被保険者口座名義 (カナ表記)		クミアイ タロウ				
記号						番号						1			
被保険者口座名義 (カナ表記)															
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