

資格取得日	昭・平・令 年 月 日	資格喪失日	令 年 月 日	支給決議書			
前回検診日	令 年 月 日	子宮頸がん ・ 乳がん		常務理事	事務長		扱 者
被保険者 ・ 家族(被扶養者)	対象被扶養者 認定日		令 年 月 日				
支給決定額	円	支給決定日	令 年 月 日				
備考							

健保受付印

健康保険 被保険者 家族 婦人科検診補助費請求書

- 健康保険を使用した場合は「診療」ですので補助金の請求はできません。
- 「検診」(全額自己負担)のみ請求できます。
- 必ず検診内容(子宮頸がん検診・乳がん検診)が記載された領収書・明細書を添付してください。
- 子宮頸がん・乳がん検診を両方受けた場合でも補助金の限度額は一年度に5,000円です。

被 保 険 者 証 記 入 欄	被保険者証 記号	番号	勤務事業所	
	被保険者(請求者)の住所	〒 - 市 - 区 - 町 - 丁目 - 番 - 号		
	被扶養者が検診を受けた場合	(被扶養者) 氏名	(被扶養者) 生年月日	令 年 月 日
	検診日	令 年 月 日	検診項目	子宮頸がん ・ 乳がん
	検診日	令 年 月 日	検診項目	子宮頸がん ・ 乳がん
	請求金額	円	補助金額の上限は5,000円です。	
	上記のとおり請求します。			
	なお、本請求に基づく給付金の受領を事業主(事業主代理人)に委任します。			
	請求日	令 年 月 日	被保険者(請求者) 氏名	Ⓜ
	東急百貨店健康保険組合 理事長殿			
被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。 (マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)				
備考欄				
事業主欄	事業主(代理人)の所在地 名称 氏名 令 年 月 日 <div style="text-align: right;">Ⓜ</div>			

訂正箇所がある場合は、二重線で抹消し訂正印を押印してください。