

資格取得日	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

(任意継続保険用)

健康保険 被保険者 婦人科検診補助費請求書 家 族

1. 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。
2. 「検診」(全額自己負担)のみ請求できます。
3. 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。
4. 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 記 入 欄	被保険者証	記号	88	番号			
	被保険者 (請求者) の住所	〒 - -			TEL	- -	
	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。						
	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

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。