

年 月 日

常務理事	事務長	担当

「子宮頸がん」検診補助金申請書

武蔵野銀行健康保険組合 理事長 殿

事業所名 _____

所属部署 _____

被保険者証
記号番号 _____ - _____

(フリガナ)
被保険者氏名 _____

生年月日 _____ 年 月 日 (_____ 歳)

「子宮頸がん」検診を受検しましたので領収書と検査結果を添付し、以下の金額を支給申請します。

申請金額

--	--	--	--

 円

- 注.
- 補助金は健康保険組合に登録されている口座になります。
 - 補助額は上限3,000円です。県内各市区町村の検診チケット等の利用により、検診費が3,000円以下の場合は実費（税抜き）になります。
 - 医療機関の発行した検査結果（原本）と領収書（原本）を添付してください。
※原本還付が必要な場合にはメモをつけて下さい。