

婦人科がん検診助成金支給申請書

証番号	芸国	受診者 氏名		
検診項目		検診日	窓口負担金額(円)	助成金額(円) 組合記入欄
子宮頸がん(頸部細胞診) 20歳以上 上限 3,000円		令和 年 月 日		
子宮体がん(体部細胞診) 40歳以上 上限 3,000円		令和 年 月 日		
マンモグラフィ(乳房X線) 40歳以上 上限 4,000円		令和 年 月 日		
乳房エコー(乳房超音波) 30歳以上 上限 3,000円		令和 年 月 日		
上記のとおり申請します。 令和 年 月 日		支給決定額 合計 (組合記入欄)		
組合員		住所		
		氏名	⑩	
大阪文化芸能国民健康保険組合 様				

※太枠の内側のみご記入ください。

<振込欄について>
ゆうちょ銀行総合口座への
送金のみ取扱とさせていただきます。ご了承ください。

送金先	通帳記号				通帳番号				
	【銀行振込みはできません】	1			0				
フリガナ									
おなまえ									

※現在、保険料の引き落としにご使用いただいているゆうちょ銀行総合口座へ送金いたします。
お手数ですが、送金先口座確認のため、上記に必要事項をご記入ください。

申請にあたっての注意

○領収証原本(検査項目と検査毎の料金が判るもの(婦人科検診のみの記載は不可)で、
医療機関名、検診日、受診者氏名が記載されたもの)を添えて提出してください。

※上記の記載がない領収書については補助できません。

申請期限は10月末日(10月31日消印有効)までです。以降の申請は受け付けませんのでご了承ください。

保険適用されている場合や期限日以降の検査分は補助の対象とはなりませんのでご注意ください。
この補助を受けた場合、共同健診での子宮頸がん検査、郵送での子宮頸がん検査は受けられません。
(同様の検査にかかる補助を受けられている場合は重複して補助を受けることはできません。)

組合記入欄	支給日	納付状況
	完 未	
備考		

受付印