

保険診療の場合は、補助の対象外ですので
補助金申請は出来ません。

同年月日	年	月	日
決裁年月日	年	月	日
支給額	円		

支給決定決議書		

受付日付印

乳がん検診・子宮頸がん検診 補助金支給申請書

*請求される項目のいずれかを○で囲んでください。

被保険者証の記号・番号	・	被保険者氏名	
受診対象者氏名	氏名	生年月日	年 月 日 続柄
検診を受けた医療機関の名称・所在地	名称	所在地	〒
	電話		
検診を受けた日	乳がん検診	年 月 日	検診に要した費用
	子宮がん検診	年 月 日	乳がん検診 金 円 子宮がん検診 金 円
振込希望の銀行又は郵便局名	金融機関名	銀行 郵便局	本店 支店 種別 1. 普通 2. 当座
*被保険者名義の口座	口座番号	フリガナ 口座名義	-----

マリアグループ外で実施された方専用

【補助上限額】 実費相当額を補助。

【補助項目】

- ・ 乳がん検診 (50歳以上・30歳代) (マンモグラフィ1方向)
- ・ " (40歳代) (マンモグラフィ2方向)
- ・ " (20歳代) (乳腺エコー)
- ・ 子宮頸がん検診 (全年齢者) (視触診・細胞診・HPV検査)

} オプションでの乳腺エコー受診も補助可。

【添付書類】

- ①領収証のコピー (受診者・検査内容の明細が分かるもの)
- ②通帳のコピー (口座番号・名義が確認できるページ)

* 上記書類を添付のうえ、健康保険組合宛てご郵送ください。

上記のとおり申請します。

年 月 日

被保険者住所 〒

被保険者氏名

雪の聖母会健康保険組合理事長 殿

印