

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	健保 聖子			
受診対象者氏名	氏名	健保 聖子	生年月日	昭和55年5月15日	続柄	本人
検診を受けた医療機関の名称・所在地	名称	○○病院	所在地	〒830-00** 久留米市○○町 ○○-○○		
	電話	(0942) ○○-○○○○				
検診を受けた日	乳がん検診	年 月 日	10	乳がん検診	金 ○○○○ 円	
	子宮がん検診	年 月 日		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	○○ <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">銀行</span>	○○	本店 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">支店</span>	種別	1. 普通 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">2. 当座</span>
	*被保険者名義の口座	口座番号	○○○○○○○○	フリガナ	ケンボ セイコ	
		口座名義	健保 聖子			

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 〒830-00\*\*  
久留米市○○町○○-○○○

被保険者氏名 健保 聖子

備

雪の聖母会健康保険組合理事長 殿