

備考		受付印

婦人科がん検診助成金支給申請書

助成金額	
------	--

証番号	芸国			助成金額(円) 組合記入欄
氏名	がん検診種別 種別毎にご記入ください	検診日	窓口負担金額(円)	
	1. 子宮頸がん(頸部細胞診) 2. 子宮体がん(体部細胞診) 3. マンモグラフィ 4. 乳房エコー	年 月 日		
	1. 子宮頸がん(頸部細胞診) 2. 子宮体がん(体部細胞診) 3. マンモグラフィ 4. 乳房エコー	年 月 日		
	1. 子宮頸がん(頸部細胞診) 2. 子宮体がん(体部細胞診) 3. マンモグラフィ 4. 乳房エコー	年 月 日		
	1. 子宮頸がん(頸部細胞診) 2. 子宮体がん(体部細胞診) 3. マンモグラフィ 4. 乳房エコー	年 月 日		
	1. 子宮頸がん(頸部細胞診) 2. 子宮体がん(体部細胞診) 3. マンモグラフィ 4. 乳房エコー	年 月 日		

※太枠の内側のみご記入ください。

上記のとおり申請します。

平成 年 月 日

住所

組合員

氏名

印

大阪文化芸能国民健康保険組合 様

○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願います。

<振込欄について>

ゆうちょ銀行総合口座への送金のみのお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。