

年 月 日

婦人科検診助成金申請書

所 属

被保険者証

記 号 番 号

記号 _____ 番号 _____

被保険者氏名

印

生年月日(西暦)

年

月

日生

下記の通り領収書(原紙)と検診結果表(写し)を添え、申請します。

受 診 日	年 月 日	支 払 金 額	円
-------	-------	---------	---

【注意】保険証を使用した検査や当健保が認めた検査項目以外の費用は助成できません。

助成金は、給与口座へお振込みいたします。

※ スズキ(株)以外(保険証の記号が1以外)の被保険者は、下の「振込先」に被保険者の給与口座をご記入ください。

振 込 先	銀 行 名	支 店 名	預金種別	口 座 番 号					
	フリガナ	フリガナ	普通預金						
	金融機関コード	支店コード							

健 保 記 入 欄	受 付 印	支 給 決 定 額	発 議 日		
		円	決 議 日		
		備 考	担 当	事務長	常務理事

<以下、領収書添付欄>

※ 検診結果は、当健保組合で皆様の健康管理のためにデータを保管し、受診結果に基づくフォロー・疾病指摘分析、及び健康相談など保健活動の他、助成金給付管理に活用させていただくことがあります。
以上に同意の上、この「婦人科検診助成金申請書」を提出してください。

提出前にチェック！！

婦人科検診

1. 領収書の原本

☐

2. 受診したすべての結果表

☐