

常務理事	事務長	係	支給決定額	円	
			内訳	乳房検診	円
				婦人科検診	円

## 乳房 婦人科 検診補助金請求書

年 月 日

ジーエス・ユアサ健康保険組合  
理事長 殿

被保険者(請求者)名 \_\_\_\_\_ ㊞

所属 \_\_\_\_\_

(社内 TEL \_\_\_\_\_ )

乳房検診・婦人科検診を次のとおり受診しましたので、健康保険組合指定項目の  
**補助金 円** を請求します。

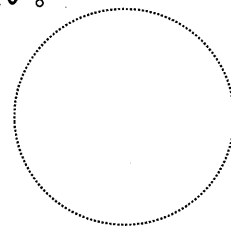
被保険者 証の番号	—	受診者 の氏名	
受診者 生年月日	年 月 日	受診日	年 月 日
受診機関 (所在地)	〒 _____		
受診機関 (名称)	_____		
	TEL( _____ ) _____		

### 【検診機関証明欄】

検査した項目に○印をつけてください。

A) 乳房検診【超音波検査(エコー)・マンモグラフィ】	円
B) 婦人科検診【子宮がん検査(頸部細胞診)】	円
上記のとおり検診料を領収しました。	
年 月 日	
所在地	_____
検診機関 名称	_____ ㊞
(この欄に証明できない場合は、別途、領収明細書を発行してください)	

(注) 検診料の領収証を別途に受けた場合は、この請求書に添付してください。  
補助金請求は1年に1回です(4月1日～翌年3月末受診まで)。  
診療の場合は、補助金対象ではありません。



※受領した領収証は、裏面にのりで貼ってください。