

## 乳がん・子宮がん検診補助金支給申請書

事業所名	信用金庫		任意継続
被保険者証号 被記号・番号	記号	番号	
被保険者氏名			

検診者氏名	続柄	検診医療機関名		※組合記入欄 決定金額
		検診項目		
生年月日		検診年月日	検診費用	
		乳がん ・ 子宮がん		円
S・H 年 月 日		令和 年 月 日	円	
		乳がん ・ 子宮がん		円
S・H 年 月 日		令和 年 月 日	円	

## 【注意事項】

- 対象者は、年度末時点の年齢が35歳未満の方で、検診当日に当組合の被保険者及び被扶養者の資格のある方です。
- 補助額は、検診者1人につき、それぞれ2,000円まで（年度内1回限り）です。市町村において助成を受けている方はその助成後の額を補助対象とします。
- 被保険者証を提示して受診（健保受診）した場合は補助の対象外です。
- 申請書に必要事項をご記入のうえ、**領収書（原本）を添付**し、人事担当課へ提出してください。
- 領収書には下記の記載が必要となりますのでご注意ください。（レシートは不可）  
①検診者氏名 ②検診年月日 ③検診費用 ④検診項目 ⑤医療機関名 ⑥医療機関印（領収印）
- 領収書は原則として返却いたしませんので、予めご了承ください。
- 補助金は事業所経由でお支払いいたします。
- ご記入いただいた個人情報、補助金支給以外の目的で使用することはありません。
- 任意継続被保険者の方は、当組合へ直接送付ください。補助金は、資格取得時にご指定いただいた口座へお振込いたします。

受付日付印

## 【問い合わせ先】

三岐しんきん健康保険組合  
〒509-0203  
岐阜県可児市下恵土2885番地1  
TEL (0574)61-2650

令和3年6月1日