

子宮頸がん検診及び乳がん検診費用補助金支給申請書の記入例

全国土木建築国民健康保険組合理事長 様

子宮頸がん検診及び乳がん検診費用補助金支給申請書

○申請者(組合員) 平成△△年△△月△△日提出

被保険者証・組合員証 記号番号	71 - 1505 - 94	組合員氏名	(フリガナ) ヤマシタ ジロウ 山下 二郎
自宅住所	〒 231 - 0004 神奈川県横浜市中央区元浜1-5-10		
電話番号	(045) 234 - 5678	1 携帯 ・ 2 勤務先 ・ 3 自宅	4 その他()

*平日の日中に連絡の取れる電話番号を記入してください。

○申請内訳

受検者氏名	(フリガナ) ヤマシタ トモコ 山下 智子				
生年月日・ 年度末年齢	大正 昭和 平成 47年6月12日 (45歳) ←年齢は、検診を受ける年度の末日での年齢です。				
申請理由 <small>奇数年齢で検診費用の補助を申請する場合は記入してください</small>	1~3のうち該当する数字を○(マル)で囲んでください。 ※注意※前年度(偶数年齢時)補助を受けている場合は補助の対象になりません。 1 前年度(偶数年齢時)にがん検診の補助を受けなかったため。 2 奇数年齢時に受けた検診の方が補助額が高くなるため。 3 その他()				
検査内容	子宮頸がん検診 (20歳以上の偶数年齢対象)	乳がん検診 (40歳以上の偶数年齢対象)	子宮頸がん+乳がんセット (40歳以上の偶数年齢対象) ※内訳を領収書等によりご確認のうえ記入してください。		
検査年月日	平成△△年10月3日	平成 年 月 日	平成 年 月 日		
支払った 検査費用	4,860 円	円	円	円	円
申請金額	(2,000円限度) 2,000 円	(4,000円限度) 円	(2,000円限度) 円	(4,000円限度) 円	円

※申請前に、裏面の注意事項をご確認ください。
※保険診療による検査は補助の対象になりません。

支給決定額 (組合員記入欄)	子宮頸がん検診	円
	乳がん検診	円

支払金額が、2,000円未満のときはその金額を、2,000円以上のときは2,000円と記入してください。

○補助金振込先(組合員本人の預金口座に限りです)。
振込先に誤りがあった場合は送金できませんので、できる限り通帳の口座番号等の記載面(ゆうちょ銀行の場合は振込み用の口座番号等の記載面)の写を添付してください。写を添付される場合は記入不要です。

この欄は記入しないでください。

金融機関名	支店名	預金種類	口座番号	口座名義人(組合員)
フリガナ ミズホ	フリガナ ナカメグロ	1 普通	0 0 1 2 3 4 5	フリガナ ヤマシタ ジロウ
みずほ	中目黒 支店 (出張所)	2 当座		山下 二郎

金融機関コード 0 0 0 1 支店コード 1 3 2 (右づめでご記入ください。)

※「ゆうちょ銀行」を指定する場合は、振込用の『店名(漢数字3桁)・預金種目・口座番号(7桁)』を確認のうえ記入してください。
※金融機関・支店の統廃合により、金融機関名等が変更になっているときは、変更後の金融機関情報を記入してください。

領収書の原本を貼付又は添付してください。

領収書	平成△△年10月3日
山下 智子 様	
¥4,860-	
(但し、子宮頸部細胞診検査費用として正に領収いたしました。)	目黒区目黒本町7-5-3 大山医院 TEL 03-4999-2999

は、下の事項をお読みになり、特に注意してください。

領収書についての注意事項

領収書には、必ず次の内容が記載されているかご確認ください。記載されていない場合は、その内容が記載された明細書を添付してください。

- (1) 検査を受けた方の氏名
- (2) 検査内容(子宮頸部細胞診・マンモグラフィー)
- (3) 検査費用(複数の検診を併せて受けている場合は、内訳を記載してもらってください。)
- (4) 検査を受けた病(医)院名、電話番号