

子宮頸部細胞診及びマンモグラフィー費用補助金支給申請書(組合員申請)

○ 申請者兼補助金振込先 (組合員本人に限ります。)

令和 △年 △月 △日 提出

記号・番号	71 - △△△△ - △△	組合員氏名 (口座名義人)	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 ※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。					
金融機関名	支店名	預金種類	口座番号 (右づめでご記入ください。)			
フリガナ ミズホ	ナカメグロ					
みずほ	中目黒 支店 (出張所)	普通	0	0	1 2 3 4 5	
金融機関 コード	支店 コード		0	0	0 1 1 3 2	

※「ゆうちょ銀行」を指定する場合は、通帳を確認のうえ『店名(漢数字3桁)・預金種目・口座番号(7桁)』を記入してください。

○ 申請内訳 (補助額及び検査内容の詳細は裏面参照)

受検者氏名	フリガナ ヤマシタ トモコ 山下 智子			
生年月日	昭和 △△ 年 6 月 12 日 (46 歳) 平成 (年度末年齢)			
検査内容	対象年齢	検査年月日	支払金額	領収書に以下の検査名が記載されていますか？
子宮頸部細胞診	20歳以上の偶数年齢	令和 △ 年 10 月 3 日	円 5,000	<input checked="" type="checkbox"/> 子宮頸部細胞診
マンモグラフィー	40歳以上の偶数年齢	令和 △ 年 10 月 3 日	円 10,000	<input checked="" type="checkbox"/> マンモグラフィー

※領収書に検査名が記載されていない場合は、検査名が記載された明細書を追加するか、病院等で検査名を追記してもらってください。
※「子宮がん検診」「乳がん検診」という名称では、補助対象の検査を受けられたかを確認できないため、補助金を支払いできません。

○ 領収書についての注意事項及び貼付欄

ご提出前に、もう一度送付書類のチェック☑をお願いします。

- 申請者・補助金振込先口座の名義人は組合員です。
- 領収書(写可)に受検者の氏名(フルネーム)が記載されています。
- 領収書(または明細書)に検査名(子宮頸部細胞診・マンモグラフィー)が記載されています。
- 検査費用は、被保険者証を使用した「保険診療」ではありません。

山下 智子 様	領収書	令和△△年11月9日
千代田区祝田町2-2 市ヶ谷診療所 TEL 03-7777-1111	療 市 所 ケ 之 谷 診 診	
¥15,000— (但し、子宮頸部細胞診検査費用(5,000円) マンモグラフィー検査費用(10,000円)として正に領収いたしました。)		