

常務理事	事務長	部長	課長	担当者

令和 3 年度 乳がん・子宮がん検診補助金請求書

下記のとおり、乳がん・子宮がん検診補助金を請求いたします。

請求額 8,000 円

令和 3 年 4 月 15 日

事業所記号	50
-------	----

事業所所在地 大阪市北区〇町 〇-〇-〇

事業所名称 丸紅〇×〇×株式会社

(健康保険事務担当者: 健保 〇子)

被保険者	番号	100	氏名	連合 太郎		
受診者	<input type="checkbox"/>	被保険者本人				
	<input checked="" type="checkbox"/>	被扶養者	氏名	連合 花子	続柄	妻
検査項目	<input checked="" type="checkbox"/>	乳がん検査	検査費用	4,500 円	検査日	令和 2 年 4 月 1 日
	<input checked="" type="checkbox"/>	子宮がん検査	検査費用	4,500 円	検査日	令和 2 年 4 月 1 日

【注意事項】

- 受診者、検査項目、検査費用の確認できる領収書(写)等を添付してください。
- 補助金支給額は、各検査項目ごとに4,000円を上限額(年度1回限り)とします。
なお、検査費用が上限額に満たない場合は、実費額とします。
- 保険証を使用(健康保険扱い)して受診された検査は対象外となります。
- 複数人をまとめて請求される場合は、別途作成した一覧表を別紙として添付いただいても構いません。