

婦人科検診料交付申請書

四電工健康保険組合

理事長 様

被保険者氏名

保険証記号番号 記号 番号

私は、次のとおり婦人科検診を受けましたので、領収書(正)を添え申請します。

交付申請額 円

病 院 名	検診年月日	検診費用	補助金申請額
		円	円
		円	円
		円	円
		合 計	円

※ 臨時社員の方は下記に振込先を記入してください。それ以外の方は給与第一口座に振り込まれるため記入不要です。

振 込 先	金融機関名				本支店名	
	預金種別		口座番号		口座名義 (カタカナ)	

- (注) 1. 婦人科（乳がん、子宮がん）検診料交付申請額は実費（2万円を限度）とする。
 2. 検診日が、4月1日～翌年2月末日までの検診が、補助の対象となります。
 3. 社員の方は給与第一口座に振り込まれますので、「振込希望銀行」欄には記入しないでください。
 4. この申請書は、支店・四国外事業所の方は各総務課を通じて、本店の方は直接健康保険組合へ提出してください。

※ 2月末日までに提出してください。

必ず領収証の正を添付してください。（検査内容が明記されたもの）

5. **健康保険を使った場合は、支給対象外となります。**