

## 《被扶養者(配偶者)用》

常務理事	事務長	担当者

補助金 支給決定金額	円
---------------	---

### 被扶養者(配偶者) 婦人科検診補助金請求書

※補助金請求書提出 年1回(まとめてご提出ください)

キューピー・アヲハタ健康保険組合 理事長殿

個人情報の利用目的の主旨に同意し、補助金の請求を致します。

記入日: 年 月 日 (※以下、太枠内をすべて記入)

事業所名 [会社名]		部署名	
被保険者氏名			
保険証	記号	受診者氏名 (配偶者)	
	番号		
受診日 (和暦)	令和 年 月 日	生年月日 (和暦)	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 ( 歳)
健診機関名 [病院名]			
No.	検診名	検診にかかった費用	補助金等
1	婦人科検診 (マンモグラフィ、乳腺エコー、 頸部細胞診)	円 ※税込	対象:20~34歳 上限4,000円の実費 対象:35歳以上 上限8,000円の実費 ※けんぽ共同健診で婦人科検診を受診の方は、 補助の対象外です

個人情報保護法における利用目的のお知らせ  
提出された書類の個人情報は、受診資格・受診内容の確認、補助金支払い業務に利用します。

#### 提出する書類3点 と 注意事項

- 請求書 : この用紙に必要事項を記入
- 領収書 : 受診者の氏名、各健診の料金明細(検査名と料金)が記載されていること (原本のみ)
- 結果表 : 補助金請求を行う健診の結果表 (コピー可)

[ 健保 使用欄 ]

○婦人科検診 (乳・子宮) ¥ \_\_\_\_\_ ⇒