

## 《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。

----- 以下の空欄を全て記入して下さい -----

記入日： 年 月 日

事業所名 [会社名]		部署名	
請求者氏名 [被保険者]			
保険証	記号	検診受診者 (配偶者) 氏名	
	番号		
検診年月日 (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)
健診医療機関名 [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(子宮がん頸部 細胞診・乳がんマンモ、エコー)	円 [ ※税込み ]	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  ※けんぽ共同健診などの健保補助健診で 婦人科検診を受診された方は、補助対象外です

個人情報保護法における利用目的のお知らせ  
添付していただいた健診結果表は次のように利用します。

健保組合：受診確認、健診機関への支払業務、健康分析、結果表をデータベース化。

#### 提出する書類と注意事項

- 請求書：当用紙の空欄に必要事項を記入してください
- 婦人科検診の領収書：各検診の料金明細が記載されていること（原本のみ）
- 婦人科検診の結果表：婦人科検診の結果表（コピー可）

[ 健保 使用欄 ]

○子宮がん・乳がん ￥ \_\_\_\_\_ ⇒