

※ 決 裁	理 事	局 長	次 長	課 長	課長補佐	担 当	※決定	年	月	日
							※資格	年	月	日
							喪	年	月	日

※欄は記入しないでください

※ 助 成 金 額

円

乳がん検診(マンモグラフィー)助成費支給申請書

被 保 険 者 証 号 記 号 ・ 番 号	88 - .				
受診した被保険者の氏名等	氏 名				
	生 年 月 日	年	月	日	続柄
受診した施設の名称及び所在地	名 称				
	所在地				
受 診 日	年 月 日				

● 注意事項 ●

- この助成金は次に定める額とします。
 - 組合員及び世帯に属する被保険者の40歳以上の(年度末年齢)女性が対象となります。
 - 令和2年4月1日以降に受診した乳がん検診(マンモグラフィー)が対象となります。
 - 保険診療による検診及び自治体で配布する受診券等を利用した検診は助成対象となりません。
 - 年度内1回に限り4,000円を限度として助成します。
- 領収書には次の項目が必要となります。
 - 検診を受けた者の氏名及び受診した医療機関名
 - マンモグラフィーを受診したことが明記されていること
 - 検診費用の額
(人間ドック等のオプションで受診した場合は、費用の内訳が分かるものが必要となります。)

◎領収書の原本及び検診結果の写しを添付のうえ申請してください。

上記のとおり申請します。なお、上記乳がん検診(マンモグラフィー)助成費の受領を下記受任者に委任します。

年 月 日

組 合 員 住 所

氏 名

東京建設職能国民健康保険組合 理事長 殿

記

受 付 日

受 任 者	支部名	_____
	住所	_____
	氏名	_____