

※理事	員	長	次	長	課	長	課長	補佐	相	当	※決定	年	月	日
※決	ここへは記入しないで下さい。											月	日	
裁												月	日	
※欄は記														

乳がん検診(マンモグラフィー)助成費支給申請書※記入例※

被 保 険 者 証 号	88 - △△ . ○○○										
受診した被保険者の氏名等	氏 名	職能 花子									
	生 年 月 日	昭和△△年 △月 △ 日	続柄	妻							
受診した施設の名称及び所在地	名 称	○○○病院									
	所 在 地	東京都○○○区○○○ △△-△△									
受 診 日	令和 △ 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)を記入して下さい。
 - 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)を受診した日付を記入して下さい。
 - 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。)

◎領収書の写し及び検診結果の写しを添付のうえ申請してください。

上記のとおり住所及び氏名を記入した日付を記入して下さい。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。

令和 4 年 4 月 3 日

住所 東京都○○○区○○○ △△-△△

組合員 氏名 職能 太郎

受診した方の氏名ではなく
組合員様の氏名及び住所を記入して下さい。

理事長 殿

受付日

受任者	支部名	ご所属の支部組合で記入する欄です。申請を行う方は記入しないで下さい。
	住所	
	氏名	