

常務理事	事務長	課長	担当者

乳がん検診（マンモグラフィ）補助金支給申請書

被保険者証	記号	〇〇〇〇	番号	〇〇〇〇
受診者名	氏名	健保 花子		
	生年月日	昭和平成令和 〇 年 〇 月 〇 日		
事業所名	〇〇〇〇株式会社			
検査費用	〇,〇〇〇 円		受診時の年齢	〇〇 歳
医療機関	名称	〇〇レディースクリニック		
	受診日	〇年 〇月 〇日		

【補助金申請の注意事項】

- 必要添付書類：医療機関発行の領収書の原本（マンモグラフィ等の記載があるもの）
- 補助内容：30歳代 5,000円 40歳以上 7,000円（左記を上限とした受診費用80%の補助）
- 保険診療や自治体補助の健診の場合は本補助の対象外となります。
- 支給方法：この請求による補助金は、事業所を經由して支払います。
- 補助金支給対象期間：受診する年度内（4月から翌年3月まで）

健康保険組合記入欄			
補助金 決定額		支給日	

