

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		番号	
受診者名	氏名			
	生年月日	昭和・平成・令和	年	月 日
事業所名				
検査費用		円	受診時の年齢	歳
医療機関	名称			
	受診日		年	月 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	

