

常務理事	事務長	係	支給決定額		円
			内 訳	乳房検診	円
				婦人科検診	円

乳房
婦人科

検診補助金請求書

年 月 日

ジーエス・ユアサ健康保険組合
理事長 殿

被保険者（請求者）名 _____ 印
所属 _____

(社内TEL) _____

乳房検診・婦人科検診を次のとおり受診しましたので、健康保険組合指定項目の

補助金 ¥ _____ 円 を請求します。

被保険者の 記号番号	-	受診者の氏名	
受診者 生年月日	年 月 日	受診 年月日	年 月 日
受診機関	(所在地) 〒 _____ (名称) _____ (TEL) _____		
<検診機関証明欄>			
検査した項目に○印をつけてください			
イ. 乳房検診【超音波検査(10ー) マンモグラフィ】			円也
ロ. 婦人科検診（子宮がん検査）			円也
上記のとおり検診料を領収しました。 年 月 日			
検診機関	所在地	名称 _____ 印	
(この欄に証明できない場合は、別途 領収明細書を発行してください)			

領収証は、裏面に糊で貼ってください

(注) 検診料の領収証を別途に受けた場合は、この請求書に添付して下さい。

補助金請求は1年に1回です（4月～翌年3月受診まで）

診療の場合は、補助金対象ではありません。

