

年 月 日

- 健保組合被保険者(フルパート含む)・被扶養者(配偶者のみ) ⇒ 鹿児島銀行健康保険組合 宛
- パートタイマー(フルパート除く) ⇒ 人事部(生活健康相談室) 宛

乳がん・子宮がん検診補助金交付申請書

乳がん・子宮がん検診を受診しましたので、下記のとおり補助金交付を申請いたします。

室部店名		役職員番号	
		氏 名	
		被扶養者(配偶者)氏名 (行員の場合記入不要)	
検 診 日 <small>(該当する方に○をつける)</small>	乳がん検診 (マンモグラフィ ・ 超音波) : 月 日受診		
	子宮がん検診 (細胞診 ・ 超音波) : 月 日受診		
確 認 <small>(チェックを入れる)</small>	<input type="checkbox"/> 領収書にて、全額自己負担(自己負担割合 10 割)を確認した。 <input type="checkbox"/> 人間ドック・PET 検診で申請する婦人科検診を受診していない。(行員・フルパートのみ)		
領収書金額	円 (<u>領収書原本と明細を一緒に提出のこと</u>) ※検査内容確認のため		
保険証記号番号 <small>[被保険者・被扶養者(配偶者)の場合]</small>	70 -		

※全額自己負担の場合に限る。(保険証を使用した場合、補助対象外)

※補助額の限度額未満の場合は、実費補助とする。

振込指定口座 <small>(給与振込指定口座と同一)</small>	店 名(店番)	()	口座番号	普通 ()
	口座名義(カナ)			

【人事部・健康保険組合使用欄】

支 出	人事 部 ・ 健康保険組合			
補助額	乳がん検診	被保険者	[マンモ] 4,000 円 ・ ()	[超音波] 4,000 円 ・ ()
		配偶者	3,000 円 ・ ()	
	子宮がん検診	被保険者	[細胞診] 3,500 円 ・ ()	[超音波] 3,500 円 ・ ()
		配偶者	3,000 円 ・ ()	
備考				

受付印		常務理事	事務長	担当