

■申請書送付先

- 健康保険組合宛 鹿児島銀行健保組合被保険者・・・行員・フルスタッフ・15日スタッフ(鹿銀健保の保険証を持っている方)
鹿児島銀行健保組合被扶養者・・・配偶者のみ
- 人事部(生活健康相談室) 10～15日スタッフ(鹿銀健保の保険証を持っていない方)

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。

■申請者情報

室部課店名		保険証記号・番号 (被保険者・被扶養者のみ)	70-
役職員番号		氏名	
		被扶養者(配偶者)氏名 (申請者が配偶者の場合のみ)	

■検診内容

検査項目	検査費用	受診日
乳がん検診	マンモ 円	月 日
	エコー 円	
子宮がん検診	細胞診 円	月 日
	エコー 円	

※検査内容等を確認のため、領収書原本と明細を一緒に提出のこと。

※検査費用が不明な場合は、医療機関へ直接確認のこと。

■振込指定口座 (原則、給与振込指定口座とする)

店名(店番)	()	口座番号	普通 ()
口座名義(カナ)			

※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。

■確認事項

- 領収書にて、全額自己負担(自己負担割合10割)を確認した。
- 人間ドック・PET検診で乳がん・子宮がん検診を受診していない。(健保組合被保険者・被扶養者のみ)
- 申請期間内であることを確認した。(受診期限：1月末まで、申請期限：2月末まで)

■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	4,000円・8,000円 ()
		被扶養者	3,000円・()
	子宮がん検診	被保険者	3,500円・7,000円 ()
		被扶養者	3,000円・()
合計支給額			円

受付印	常務理事	事務長	担当