健保使用欄		支給日	
乳　が　ん	円		
子 宮 が ん	円	補　助　額	円

令和　　年　　月　　日

野村健康保険組合　御中

婦人科検診補助金　申請書･請求書

この申請について請求いたします。

1	被保険者 氏　　名	ﾌﾘｶﾞﾅ	2	記号･番号	―
			3	事業所名	

受　　診　　者					
4	氏　　名	ﾌﾘｶﾞﾅ	5	生年月日	□ 昭和 □ 平成　　年　　月　　日
6	続　　柄		7	年　　齢	（受診日現在）
8	【乳がん】 受診年月日	令和　　年　　月　　日	医療機関名		
	【子宮がん】 受診年月日	令和　　年　　月　　日	医療機関名		

■　在職の方記入欄

委　　任　　状
住　　所　〒　　－　　令和　　年　　月　　日 被保険者氏名
事業所名･事業主名 この補助金の受領方を　　に委任する。

■　任意継続被保険者の方記入欄（上記委任状の記入は不要）

被保険者名義 振込み先	銀行名	支店名
	種別	口座番号
	普通、（　　）	

受　付　印

【添付書類】

婦人科検診結果（写）及び領収書（原本）