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

令和 ××年　8 月　5　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 ケンポ　タロウ 健　保　　太　郎	2	記号･番号	××××　一　×××
			3	事業所名	○○○○○　㈱

受　　診　　者					
4	氏　　名	ﾌﾘｶﾞﾅ　ケンポ　ハナ 健　保　　花	5	生年月日	☑ 昭和 ☐ 平成　××年 3　月　3　日
6	続　　柄	妻	7	年　　齢	52　（受診日現在）
8	【乳がん】 受診年月日	令和　××年　5 月 2 0　日	医療機関名		中央病院
	【子宮がん】 受診年月日	令和　××年　6 月 1 5　日	医療機関名		○○レディースクリニック

■　在職の方記入欄

委　　任　　状	
住　　所	〒 ×××-　××××
被保険者氏名	○○県○○市○○○×丁目××番地×-×× 健　保　　太　郎
この補助金の受領方を	事業所名･事業主名 ○○○○株式会社 ○　○　○　○　に委任する。

令和 ××年　8 月　5　日

■　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、（　　）	

委任状の記入は必要ありません。口座情報をご記入ください。

受　付　印

【添付書類】

婦人科検診結果（写）及び領収書（原本）