

| 支給支払決議書 |     |    |
|---------|-----|----|
| 常務理事    | 事務長 | 担当 |
|         |     |    |

## 婦人科検診費用補助支給申請書

神鋼商事健康保険組合 御中

住 所

被保険者

下記の通り申請いたします

氏 名

|                                |                                             |   |         |   |        |   |
|--------------------------------|---------------------------------------------|---|---------|---|--------|---|
| 被 保 険 者                        | 記 号                                         |   | 事 業 所 名 |   |        |   |
|                                | 番 号                                         |   |         |   |        |   |
| 婦人科検診を受けた<br>医療機関名及び所在地並びに電話番号 | 受診医療機関名                                     |   |         |   |        |   |
|                                | 所在地                                         |   |         |   |        |   |
|                                | TEL                                         |   |         |   |        |   |
| 婦人科検診受診日                       | 令和                                          | 年 | 月       | 日 | かかった費用 | 円 |
| 受診した検査                         | 子宮頸がん細胞診 ・ 経膈エコー検査（超音波検査） ・ 子宮体がん検査<br>その他（ |   |         |   |        | ） |

※この申請書に記入された個人情報 は補助金支給のための利用に限定しています。

※神鋼商事健康保険組合の女性被保険者のみが対象となります。（受診日に被保険者資格のある方）

※補助金額は 5,000 円が上限となります。

※領収書に「受診した検査項目名、受診者（被保険者）の氏名、受診日、金額」の記載と「医療機関の領収印」が押されているのを確認し原本を添付してください。

※補助金は、申請後給与に含めて支給します。

任意継続被保険者の方は、取得時に記載いただきました銀行口座に振込となります。

- 以下の場合はいずれも補助対象外になります。
- ・ 健康保険を使って行った検査（保険診療）

・ 金額しか記載されていない領収書での申請

・ 検診結果を後日聞きに行った場合に発生する費用

|                       |           |  |  |  |  |   |
|-----------------------|-----------|--|--|--|--|---|
| 健<br>保<br>使<br>用<br>欄 | 支 給 決 定 額 |  |  |  |  |   |
|                       |           |  |  |  |  | 円 |
|                       | 備 考       |  |  |  |  |   |

