

平成29年度「婦人科検診」補助金申請書

下記のとおり婦人科検診を受診しましたので、補助金を申請します。

申請日	平成	年	月	日	
被保険者情報	保険証情報	記号		番号	
	事業所名称				
	部門略号				
	社員番号		内線		
	フリガナ				
	氏名			(印)	
受診者情報	フリガナ				
	氏名				
	生年月日	昭和	年	月	日
	受診日年齢		歳		
病院情報	病院名				
	住所				
	電話番号				
	受診日	平成	年	月	日
検診内容	【請求上の注意】 ・受診された検診項目にチェックを入れ、検診項目ごとに税込み料金を入れてください。 ・乳がん・子宮がん毎に5,000円+消費税を上限、骨密度検査2,500円+消費税を上限として補助します。 ・保険診療(3割負担)で検診された方は請求できません。 必ず、検診と病院へ伝えて受診下さい。 ・ 検診結果(コピー)の提出は不要です。 ・本人補助金額の支払いは地方の方は振込、その他の方は現金になります。				
	検査項目	補助金額	検診料(税込み)	健保記入欄(本人補助額)	
	<input type="checkbox"/> 乳がん	5,000円+消費税	円	円	
	<input type="checkbox"/> 子宮がん	5,000円+消費税	円	円	
	<input type="checkbox"/> 骨密度	2,500円+消費税	円	円	
	合計		円	円	

【補助金振込先】※地方の方は記入して下さい。振込口座は、被保険者名義とします。

銀行名	支店名	種目	口座番号(右詰めで記入)			
フリガナ	フリガナ	1.普通・総合 2.当座				

※領収書(原本)を添えて、平成30年3月5日までにトプコン健康保険組合へ申請願います。

【お問合せ先】

トプコン健康保険組合 (電話番号 03-3966-1244 ・ 内線3591)