

| | | | |
|------|-----|---|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 係 | 担当者 |
| | | | |

任意継続被保険者用

「若年層の子宮がん検診補助」支給申請書

令和 年 月 日

中部アイティ産業健康保険組合 御中

| | | | | |
|---------------------------------|----------------|------|-----------------|------|
| 被 保 険 者 欄 | 健康保険記号番号 | 住 所 | 〒 | |
| | 8888ー | 氏 名 | | |
| 被 銀 保 険 口 者 座 | 銀行 金庫 農協 | | 本店 支店 出張所 | |
| | 普通 | 口座番号 | (フリガナ) | 口座名義 |

下記のとおり子宮がん検診を受けましたので、補助金の支給を申請いたします。

| 被扶養者氏名 | 生年月日 | 続柄 | 受診日 | 窓口支払額 | ※補助金 |
|--------|-------|----|-----|--------|------|
| | 年 月 日 | | 月 日 | 円 | 円 |
| | 年 月 日 | | 月 日 | 円 | 円 |
| | | | | 補助金合計額 | 円 |

| | | |
|----------------------------|--|--|
| 領 収 書 添 付 欄 | ※ 申請上の注意事項 | |
| | 1. 対象者 | 18歳から34歳の被扶養者 年齢起算日:年度末(3月31日)時点 |
| | 2. 受診期間 | 4月～翌年2月 |
| | 3. 補助額 | 上限4,000円(年度内1回限り) |
| | 4. 添付書類 | 受診した医療機関が発行した「領収書(原本)」を添付欄に貼り付けてください。 <領収書には下記の記載が必要です。> ①受診日 ②検診を受けた方の氏名 ③医療機関名 ④子宮がん検診代金である旨明記されていること |
| 5. 提出方法 | 本紙に「領収書(原本)」を貼付の上年度内の3月15日必着で提出してください。 ※3月15日が土日祝日の場合は、前営業日までとなります。 | |

【提出の流れ】 任意継続被保険者 → 健保組合

受付年月日

| | |
|-----------|----------|
| 健康保険組合記入欄 | |
| 振込予定日 | 令和 年 月 日 |