

健保使用欄	
支給日	
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	フリガナ	2	記号・番号	—

受診者					
4	氏名	フリガナ	5	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成
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）