

※
健
保
欄

支給決定額	常務理事	事務局長	担当課長	担当者

立替払用

婦人科検診補助額請求書

被保険者 ・ 被扶養者

経済産業関係法人健康保険組合 理事長 殿

被保険者証	記号	番号	利用者の (フリガナ) 氏名	(フリガナ)
生年月日	昭和 年 月 日生 歳			
受診 医療機関名				
受診日	平成 年 月 日			
備考				

上記のとおり、領収書を添えて補助額 円を請求します。

※補助限度額は5,000円です。

平成 年 月 日

被保険者の氏名

印

※被保険者が自ら署名する場合には、被保険者の押印は不要です。

注1. 次の2つの条件を満たした領収書を添付してください。

⑦ 宛名が受診者名であるもの

⑧ 受診した婦人科検査名が明記されているもの

※領収書に婦人科検査名の記載の無い場合は、受診を証明できる書類(結果表写等)を添付。

2. 補助額は当組合加入時に提出いただいた「保険給付金等振込依頼書」の口座宛に振込みます。

3. 補助詳細につきましては、当組合ホームページ(<http://www.tsuken.or.jp>)もしくは勤務先の担当課にてご確認ください。

4. 補助額の請求期限は、当該年度の3月25日です。

H29年度用