

令和 6 年度 乳がん・子宮がん検診補助金請求書

下記のとおり、乳がん・子宮がん検診補助金を請求いたします。

請求額 10,000 円

令和 6 年 12 月 15 日

| | |
|------------|----|
| 健康保険 記号 | 50 |
|------------|----|

会社名 丸紅〇×〇×株式会社

(健康保険事務担当者: 健保 〇子)

| | | | | | | |
|------|-------------------------------------|--------|------|---------|-----|-----------------|
| 被保険者 | 健康保険 番号 | 123456 | 氏名 | 連合 太郎 | | |
| 受診者 | <input type="checkbox"/> | 被保険者本人 | | | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> | 被扶養者 | 氏名 | 連合 花子 | 続柄 | 妻 |
| 検査項目 | <input checked="" type="checkbox"/> | 乳がん検査 | 検査費用 | 5,500 円 | 検査日 | 令和 6 年 12 月 1 日 |
| | <input checked="" type="checkbox"/> | 子宮がん検査 | 検査費用 | 5,500 円 | 検査日 | 令和 6 年 12 月 1 日 |

【注意事項】

- 受診者、検査項目、検査費用の確認できる領収書(写)等を添付してください。
- 補助金支給額は、各検査項目ごとに4,000円を上限額(年度1回限り)とします。
なお、検査費用が上限額に満たない場合は、実費額とします。
- 保険証を使用(健康保険扱い)して受診された検査は対象外となります。
- 複数人をまとめて請求される場合は、別途作成した一覧表を別紙として添付いただいても構いません。