

補助金額	¥	補助決定並びに補助金決定通知書送付何			
		常務理事			担当者
補助金の算出基礎	(受診者数 × 金額)				
	乳がん検査 人× 2,500 円				
	子宮がん検査 人× 2,000 円				
	骨密度検査 人× 2,000 円				

**婦人科検診補助金申請書**

令和 年 月 日

福井県自動車販売整備健康保険組合 理事長 殿

住 所 \_\_\_\_\_

事業所名 \_\_\_\_\_

事業主名 \_\_\_\_\_ (印)

受診した人(代表1名)	被保険者等記号番号	-	事業所の名称	
	受診者氏名		受診者合計 名	別紙、婦人科検診補助金請求者名簿のとおり
	受診日	. .		
	医療機関			
払込希望の銀行名	銀行 支店		預金の種類	普通・当座
	預金の名義人(事業主名)		通帳の番号	

◎申請者と預金名義人が異なる場合は委任欄を利用してください。

委任欄は補助金を事業主以外の方(事務担当者名義等)が受領する場合のみ記入してください。

委任欄	この補助金の受け取り方を _____ に委任します。
	令和 年 月 日 事業所名 _____ 事業主名 _____ (印)

(注)

- 婦人科検診については、委託契約機関(人間ドック・生活習慣病予防健診)に予約するか個別の医療機関に個人で申込をしてください。
- 補助対象者は、実施年度内(4月1日から翌年3月末日)に奇数年齢となる方を対象とします。
- 乳がん検査(マンモグラフィー)、子宮がん検査または骨密度検査と明記されている「領収証(写でも可)」を必ず添付してください。領収証には、項目ごとの金額、受診者名、受診日が記載されているものをお願いします。
- 補助金の支払は、事業主に一括払いをします。申請書は事業主がとりまとめて提出してください。申請者が1名の場合も、別紙「婦人科検診補助金請求者名簿」を記入してください。 受付日
- 申請の受付締切： **毎年2月末日(必着)**

# 婦人科検診補助金請求者名簿

事業所整理記号		事業所名	
		事業主名	

※ この名簿用紙は、事業所でまとめて作成し、申請書に添付してください。

健康保険 番号	受任者(被保険者氏名)	受診内容			
	受診者	乳がん検査 40歳以上	子宮がん検査 30歳以上	骨密度検査 40歳以上	受診日
(例) 77	健保 花子 (H3.11.10)	○		○	
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
計 ※は記入しないでください。		※乳がん検査 人	※子宮がん検査 人	※骨密度検査 人	※合計 人

(※受任者 件)

- ◎補助金の交付申請及び手続き等は事業主経由にて行うことに同意します。
- ◎補助金の受領は上記事業主に委任します。
- ◎補助金の申請は「領収証(写でも可)」を添えて申請します。  
(必ず乳がん検査(マンモグラフィー)または子宮がん検査等と明記されたものに限りです)