≪被扶養者（配偶者）専用≫

常務理事	事務長	担当者

補　助　金 支給決定金額	円

2019年度(平成31年度)
被扶養者（配偶者）　婦人科検診補助金請求書

※補助金請求書提出　年１回（まとめてご提出ください）

キユーピー・アヲハタ健康保険組合　理事長殿

---------- 以下の空欄を全て記入して下さい ----------

記入日：　　年　　月　　日

事業所名 ［ 会社名 ］			部署名	
請求者氏名 ［ 被保険者 ］		印		
保険証	記号		検診受診者 （配偶者） 氏　名	
	番号			
検診年月日 （和暦）	平成 令和　　年　　月　　日		生年月日 （和暦）	□ 昭和 □ 平成　　年　　月　　日 □ 令和 （　　歳）
健診医療機関名 ［ 病院名 ］				

No.	検　診　名	検診にかかった費用	補　助　金　等
1	婦人科検診（子宮がん頚部細胞診・乳がんﾏﾝﾓ、ｴｺｰ）	円 ［ ※税込み ］	対象：20～34 歳 上限 4,000 円の実費 対象：35 歳以上 上限 8,000 円の実費 ※けんぽ共同健診で婦人科検診を受診された方は、補助対象外です

＜個人情報保護法における利用目的のお知らせ＞
添付していただいた健診結果表は次のように利用します。
健保組合：受診確認、健診機関への支払業務、健康分析、結果表をデータベース化。

提出する書類と注意事項

1．請求書：当用紙の空欄に必要事項を記入し、捺印してください
2．婦人科検診の領収書：各検診の料金明細が記載されていること（**原本のみ**）
3．婦人科検診の結果表：婦人科検診の結果表（**コピー可**）

〔 健保 使用欄 〕

○子宮がん・乳がん　　¥＿＿＿＿＿＿　⇒