

⑧ 事後申請（受診後に申請して下さい。）

常務理事	事務長	係

## 婦人科健診 利用補助交付申請書

■ 太枠内を漏れなく記入してください。

記号・番号		被保険者氏名	フリガナ
事業所名 所属部署	TEL: - -		

※続柄は、妻、長女、二女等記入して下さい。

受診者氏名	フリガナ	続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 ( )
住所 連絡先	〒 - TEL: - - (自宅・携帯)		
受診者 生年月日	昭和 年 月 日 ( 歳 )	受診日	令和 年 月 日 ( )
健診種別	該当の健診に <input checked="" type="checkbox"/> を入れて下さい。 <input type="checkbox"/> a. マンモグラフィー <input type="checkbox"/> b. 超音波 <input type="checkbox"/> c. 子宮がん検査	窓口負担額	円
振込先 金融機関	銀行 信用金庫		支店 出張所
	銀行コード	支店コード	口座種別 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
口座名義	フリガナ	口座番号	

上記のとおり、利用補助の交付を申請いたします。

令和 年 月 日

### ■ 注意事項

\*利用料金の①領収書の**原本**(受診者宛に発行された物)、②検査結果の**写し**を必ず添付して下さい。

\*受診者のご家族の場合でも、補助金のお振込先は被保険者本人の口座に限ります。

被保険者本人名義の口座を記入して下さい。

### ■ 申込書提出先・問い合わせ先

〒141-0022

東京都品川区東五反田2-14-1

イマジカ健康保険組合

TEL: 03-3280-7575

FAX: 03-3280-7574



組合処理欄	
受付日	年 月 日
支給決定日	年 月 日
種別	婦人科健診利用補助
支払決定額	¥
備考	