

常務理事	事務長	係	担当者

任意継続被保険者用

## 「若年層の子宮がん検診補助」支給申請書

令和 年 月 日

中部アイティ産業健康保険組合 御中

被 保 険 者 欄	健康保険記号番号	住 所	〒	
	8888ー	氏 名		
被 銀 保 険 口 者 座	銀行 金庫 農協		本店 支店 出張所	
	普通	口座番号	(フリガナ)	口座名義

下記のとおり子宮がん検診を受けましたので、補助金の支給を申請いたします。

被扶養者氏名	生年月日	続柄	受診日	窓口支払額	※補助金
	年 月 日		月 日	円	円
	年 月 日		月 日	円	円
				補助金合計額	円

領 収 書 添 付 欄	※ 申請上の注意事項	
	1. 対象者	18歳から34歳の被扶養者 年齢起算日:年度末(3月31日)時点
	2. 受診期間	4月～翌年2月
	3. 補助額	上限4,000円(年度内1回限り)
	4. 添付書類	受診した医療機関が発行した「領収書(原本)」を添付欄に貼り付けてください。 <領収書には下記の記載が必要です。> ①受診日 ②検診を受けた方の氏名 ③医療機関名 ④子宮がん検診代金である旨明記されていること
5. 提出方法	本紙に「領収書(原本)」を貼付の上年度内の3月15日必着で提出してください。 ※3月15日が土日祝日の場合は、前営業日までとなります。	

【提出の流れ】 任意継続被保険者 → 健保組合

受付年月日

健康保険組合記入欄	
振込予定日	令和 年 月 日