健診費用補助金請求書（被保険者・子宮がん検診）

常務理事	事務長	担当者

支 給 決 定 額
円

被保険者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

健康保険記号番号 ＿＿＿＿＿＿－＿＿＿＿＿＿

社員番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

勤務店 （所属）※１ ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※1「 補助支給決定通知書」を送付するため、拠点店舗・事務所・部署・MD 等、詳しく記入してください。

連絡先電話番号（自宅または携帯電話）※2 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※2 検査についてお電話することがありますので、検査を受けた方の連絡先を記入してください。

下記のとおり受検しましたので健診費用を請求します。

西暦　　年　　月　　日　　ユニーグループ健康保険組合殿

1. 検査を受けた日　　西暦　　年　　月　　日

フリガナ

2. 検査を受けた者の氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

3. 検査を受けた者の生年月日　　西暦　　年　　月　　日（　　歳）

4. 被保険者との続柄　　本人

5. 補助金請求項目

○	子宮 が ん 検 診

6. 被保険者名義の振込口座

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿銀行 信金　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿支店

普 ・ 貯 ・ その他

口座番号 No. ＿＿＿＿＿＿＿＿　　フリガナ 名義 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

お願い

① この請求書には、必ず領収書の原本と健診結果（コピー可）を添付してください。

② 同時に同一医療機関で複数の検診を受けた場合、領収書に子宮がん検診の金額が分かる明細を必ず書いてもらってください。各検査毎の費用が明記されていない場合は、お支払い致し兼ねます。