

三菱重工健康保険組合 理事長殿

乳がん検診補助金申請書

※太枠内を全てご記入下さい。

申請者	被保険者証	記号	2	被保険者氏名	健保 太郎	
		番号	9999			
	事業所名(勤務先)	ダイヤントオフィスサービス(株)		日中連絡先(TEL)	8-30-0000	

内線または外線番号

受診者	受診者氏名	生年月日	年齢	被保険者との続柄	
	健保 花子	S40年2月17日	47歳	本人・被扶養配偶者	
	検診機関名	○○○○病院			
	検診受診日	平成26年5月20日			
	受診項目 (検査した番号に○印を記入願います。)	1. 視診・触診 2. マモグラフィ検査 3. 超音波検査(エコー)			
	検診費用	7,500円			

全ての項目を漏れなく記入して下さい

必ず現在の通帳・キャッシュカードを確認の上、記入して下さい

※支店名・支店コードは、統廃合により変更されている場合があります。必ず通帳・キャッシュカードでご確認の上、ご記入ください。

振込先	三菱東京UFJ 銀行 信用金庫	銀行コード	0005	
	丸の内 本店・支店	支店コード(店番)	002	
	預金種別	普通・当座・貯蓄	口座番号	○○○○○○○
	フリガナ	ケンボ タロウ		
	名義	健保 太郎		

※振込先の記入に誤りがある場合、振込が遅延することがあります。また、当方から確認のご連絡をすることがありますので、ご了承ください。

<注意事項>

- この補助金は三菱重工健保の被保険者・被扶養配偶者を対象としています。
- 検診機関の領収書の原本を必ず添付して下さい。(コピーは不可)
なお、「領収書」には検診機関において次の内容を必ず明記して頂いて下さい。
・受診者氏名 ・受診日 ・検診機関名 ・検診機関印(領収印) ・「乳がん検診」の代金であること
・領収書の金額が他の受診項目と合算されている場合は、乳がん検診費用が明示されていること
- 補助金申請の期限は、領収書発行日から1年です。期限を過ぎると補助金が受けられませんのでご注意ください。
- 補助対象は上記受診項目のみとし、年度内1回につき実費額の7割(上限:3,500円)を補助します。
- 振込みは健保受付月の翌月末となります。なお、健保から振込通知は行いませんので預金通帳でご確認願います。

★ 以下に該当する場合は、補助対象外となります。

- 医療機関にて健康保険を適用の上、乳がん検査を受けた場合。(医療機関での支払い金額が、総医療費の3割であれば、健康保険が適用されています)
- 40歳以上の任継者・被扶養配偶者を対象として実施している、特定健診(「施設型健診」または「巡回レディース健診」)にて乳がん検診を受けられた場合。
(健保補助金控除後の金額を窓口でお支払い頂いているため)

申請前にご確認下さい

組合記入欄	補助金支給決定額	健保受付印
	円	