

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	被保険者氏名	印
		番号		
	事業所名(勤務先)		日中連絡先(TEL)	

受診者	受診者氏名	生年月日	年齢	被保険者との続柄
		年 月 日	歳	本人・被扶養配偶者
	検診機関名			
	検診受診日	平成 年 月 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. マンモグラフィ検査 3. 超音波検査(エコー)		
	検診費用			

※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	銀行・信用金庫		銀行コード				
	本店・支店		支店コード(店番)				
	預金種別	普通・当座・貯蓄	口座番号				
	フリガナ						
	名義						

※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・レシートは不可)
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。
①受診者氏名 ②受診日 ③検診機関名 ④検診機関印(領収印) ⑤「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(=受診日)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願います。
 - 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)

組合記入欄	補助金支給決定額	健保受付印
	円	