

<h2>婦人科がん検診補助金申請書</h2>			
対象年齢：30歳・35歳 限定（センコー健康保険組合加入の被扶養者女性） 補助金額：領収書の金額（自己負担額）。但し、10,000円を上限とする。			
生 年 月 日	年 月 日	記号・番号	・
受 診 し た 医 療 機 関 名			
受 診 年 月 日	年 月 日	領収書の税込金額	円
受 診 し た 検 診	乳がん ・ 子宮がん		

上記のとおり申請します

(〒 -) 年 月 日

住 所 _____

被扶養者 { 電話番号 _____

氏名 (受診者) _____ (印)

【提出期限】

受診年度の翌年6月末まで（提出先:センコー健康保険組合）

※2023年4月1日～2024年3月31日受診分⇒2024年6月末までに提出

委任状	私は、事業主 _____ を代理人と定め、 _____ 年 月 日に 請求した婦人科がん検診補助金の受領方を委任します。
	被保険者 { 住 所 _____ 氏 名 _____ (印)

【添付書類】 添付漏れがないか☑をお願いします。

① 領収証**原本**（宛名に受診者名、但し書きに婦人科がん検診費用等の記載があるもの）

※発送前に、再度、書類のご確認をお願いします。

書類不備時は、申請者様へと返却いたします。再申請時の発送費は、申請者様にてご負担願います。

健保組合使用欄

常務理事	事務長	担当者	担当者

※赤文字部分を全てご記入ください。ご記入の無いものは不備となります。
センコー健康保険組合 殿

記入例

婦人科がん検診補助金申請書			
対象年齢：30歳・35歳 限定（センコー健康保険組合加入の被扶養者女性） 補助金額：領収書の金額（自己負担額）。但し、10,000円を上限とする。			
生年月日	〇〇年〇〇月〇〇日	記号・番号	123・45678
受診した医療機関名	〇〇〇クリニック		
受診年月日	■■年■■月■■日	領収書の税込金額	7,560円
受診した検診	乳がん ・ 子宮がん		

上記のとおり申請します。

被扶養者

(〒 -) ◆◆年 ◆◆月 ◆◆日
住所 大阪府大阪市 123-456
電話番号 090 - 1234 - 5678
氏名(受診者) 扇 花子 (印)

ここには、被扶養者様の情報を記入してください。

【提出期限】

受診年度の翌年6月末まで（提出先:センコー健康保険組合）

※2023年4月1日～2024年3月31日受診分⇒2024年6月末までに提出

委任状	※被保険者証記載の事業所名 私は、事業主 〇〇〇〇株式会社 を代理人と定め、◆◆年◆◆月◆◆日に 請求した婦人科がん検診補助金の受領方を委任します。		
	被保険者	住所 大阪府大阪市 123-456 氏名 扇 太郎 (印)	ここには、被保険者様の情報を記入してください。

【添付書類】

① 領収証原本（宛名に受診者名、但し書きに婦人科がん検診費用等の記載があるもの）

健保組合使用欄

常務理事	事務長	担当者	担当者