

受付印

常務理事	事務長	係	係

婦人科(乳がん、子宮がん)検診利用補助金請求書

年 月 日

西部瓦斯健康保険組合 御中

婦人科検診の代金を下記の通り請求いたします。

記号・番号	-		被保険者 氏 名	
会社名 (事業所名)			所 属	
受診日	年 月 日			
受診した 医療機関	医療機関			
	住所 電話番号	TEL		
領収額	円		支給金額 (健保記入)	円

領収証をこちらにのり付けしてください。(貼りきれない場合は、裏面に貼付)

【添付書類】領収証**原本**(被保険者フルネーム)

- 検査内容の記載のない領収証は無効です。明細書等の添付をお願いします。
- 乳がん・子宮がん検診を同時受診した場合はそれぞれの料金内訳が分かること。
- 請求は期間内に1回限りです。
- 保険証を使用した検査は補助の対象外となりますのでご注意ください。**