

健保 決裁	部長	課長	確認	電算入力

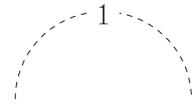
乳がん検診補助金交付申請書

下記の通り乳がん検診を実施したので補助金の交付を申請いたします。

年 月 日

長野県農業協同組合健康保険組合理事長 殿

被保険者	記号		氏名	
	番号			
事業所名				
受診者	続柄		氏名	
	生 年 月 日			



※受診した検診項目に○印と料金の記入をお願いします。

医療 機 関 証 明 欄	受診月日	年	月	日	
	乳がん検診 超音波 <small>(視触診+超音波)</small>			円	
	乳がん検診 マンモ <small>(視触診+マンモ)</small>			円	
	<small>※超音波とマンモグラフィの重複補助は出来ません。乳房視触診単独の検診は補助対象外です。</small> 上記の通り検診を実施したことを証明します。 (医療機関名)				

補助金決定額
¥ _____
送金年月日

受領 委 任	私は事業主 名称 氏名				殿
	_____ に上記検診料の受領に関する手続き及び受領を委任いたします。				
	被保険者 氏名 (自署) _____ <small>※任継・特退の方はこの欄の記載は必要ありません。</small>				

※補助金につきましては、原則として事業主に委任払いさせていただいております。受領に関する手続き及び受領につきまして、何卒ご理解のうえ受領委任にご協力をお願いします。なお、同意いただけない場合はお申し出ください。(同意されない場合、補助金の受け渡しにつきましては健保組合本所窓口での交付となります。)

※厚生連病院以外で受診した場合は、領収書を添付してください。