

理事長	常務理事	事務長	係

女性がん検診補助金支給申請書 〔2種組合員〕

受診者	被保険者証記号・番号	石医	-
	氏名		
	生年月日	昭和 平成	年 月 日

子宮頸がん検診 (20歳以上)	受診日	令和	年 月 日
	検査に要した費用額	円	
	検診実施 医療機関	名称 所在地	

乳がん検診 (40歳以上)	受診日	令和	年 月 日
	検査に要した費用額	円	
	検診実施 医療機関	名称 所在地	

振 込 先	金融機関名	銀行 信用組合 信用組合	支店名	本 支 出 張 店 所
	口座種別	普通・当座	フリガナ	
	口座番号		口座名義人	

- ・特定健診対象者(40歳以上の方)は、上記検診実施日と同一年度内に特定健診を受診してください。
- ・申請は、それぞれ2年に1回、各3,000円です。対象年齢にご注意ください。
- ・保険診療の扱いとなっているもの、市町実施のがん検診受診時の自己負担分は対象外です。
- ・領収書には受診日・受診者名・子宮頸がん検診・乳がん検診の記載が必要です。

上記のとおり、領収書を添付し申請します。

令和 年 月 日 住所 _____ 2種組合員 氏名 _____	印 _____
--	------------

(あて先)

石川県医師国民健康保険組合理事長

■組合記入欄

支給決定額		支給決定日	備考
	円		
内訳	子宮頸がん	円	
	乳がん	円	