事業所 記　号	

婦 人 科 検 診 補 助 金 申 請 書

セット検診補助上限額　　12，000円
（注、セット健診とは、同一健診機関で同じ日に
乳がん・子宮頸がん検診を受ける事を言います。）
個別検診補助上限額　　6，000円
（20歳以上の女性被保険者・ご家族が対象です）

番号	被保険者番号	氏　名	資　格	生年月日	年 令	検診科目（○記入）			健診費用	補助申請額
						セット	乳	子頸		
1			本人 / 家族							
2			本人 / 家族							
3			本人 / 家族							
4			本人 / 家族							
5			本人 / 家族							
6			本人 / 家族							
7			本人 / 家族							
8			本人 / 家族							
9			本人 / 家族							
10			本人 / 家族							
11			本人 / 家族							
12			本人 / 家族							
13			本人 / 家族							
14			本人 / 家族							
15			本人 / 家族							

注記　申請期限は検診実施後3ヵ月以内です

婦人科検診補助金申請額（　　名分）　　円

年　　月　　日
神奈川県機器健康保険組合
理事長　殿

受診者の代理として検診領収書、検診結果表を添付し上記補助金額を申請いたします

事業所名
代表者氏名　　印

20190604