

支給決定伺		
責任者	係	支給決定額

## 子宮頸がん検診 補助金申請書

被保険者証の記号・番号		被保険者の氏名		
(記号)	(番号)	フリガナ		
受診者	生年月日	年齢	被保険者との続柄	検診日
	昭和 年 月 日		本人・被扶養者	令和 年 月 日
	平成 昭和 年 月 日		本人・被扶養者	令和 年 月 日
受診者の住所・電話番号				
(住所) 〒		(電話番号) 平日の日中に連絡のつく電話番号をご記入ください		
		( )		
医療機関名		費用総額(税込)		

【補助金振込先】 ※振込口座は、被保険者名義(保険証の“被保険者”の方名義)とします。

金融機関コード	支店コード	種目	口座番号
		普通・当座	
フリガナ		フリガナ	
	銀行 金庫 農協	口座名義	
		支店	

※申し訳ありませんが、郵便局の口座はお取り扱いできません。

### ② 子宮頸がん検診代領収書原本 貼付

「補助対象は子宮頸部細胞診のみです」

子宮頸部細胞診の金額が分かる領収書を願います。

提出期限：2024年3月8日(金)必着

### ③ 検診結果のコピーもご提出ください。

【送付先】

〒467-0841 名古屋市瑞穂区苗代町15-1

ブラザー健康保険組合 保健推進センター 若年子宮頸がん検診担当者宛

◎申請書にご記入いただいた個人情報は、当健康保険組合の「個人情報保護管理規程」等に基づき慎重に取扱い、子宮頸がん検診費用補助以外の目的では使用いたしません。