

年 月 日

## 婦人科検診助成金申請書

スズキ健康保険組合理事長 殿

所 属

被保険者証  
記号番号 記号\_\_\_\_\_番号\_\_\_\_\_

被保険者氏名 ⑩

生年月日 年 月 日生

下記の通り領収書（原紙）と検診結果表（写し）を添え、申請します。

受診日	年 月 日	支払金額	円
-----	-------	------	---

助成金は、給与口座へお振込み致します。

※スズキ（株）以外（保険証の記号が1以外）の被保険者は、下の「振込先」に被保険者の給与口座をご記入ください。

※代理店勤務の方で、一旦代理店が立替えた後に当健保組合に請求する事業所は、記入不要です。

振込先	銀行名	支店名	預金種別	口座番号
	フリガナ	フリガナ	普通預金	
金融機関コード	支店コード			

健保記入欄	受付印	支給決定額	発議日		
		円	決議日		
		備考	担当	課長	事務長

領収書添付欄

※ 検診結果は、当健保組合で皆様の健康管理のためにデータを保管し、受診結果に基づくフォロー・疾病指摘分析、及び健康相談など保健活動の他、助成金給付管理に活用させていただくことがあります。以上に同意の上、この「婦人科検診助成金申請書」を提出してください。