平成 年 6月15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 **セカ**
被保険者証
記号番号 記号 1 番号 88888
被保険者氏名 **田中 花子** 印
生年月日 **昭和** 年 **12**月 **10**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	平成 年 5 月 22 日	支払金額	8,800 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 円	発議日				
			決議日				
	備考	担当	課長	事務長	常務理事		

領収書添付欄	領収書
	田中 花子 様 金額 <u>8,800</u> 円 上記正に領収いたしました 病院 院長 石田 一

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。