

支給年月日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	事務次長	担当
決裁年月日	令和 年 月 日				

帝国ホテル健康保険組合 御中

人間ドック 乳がん検診（マンモグラフィー検査）補助金申請書

【申請者】

保険証記号・番号	-
受診者氏名	

下記の内容でマンモグラフィー検査を受診しましたので、補助金申請を致します。

記

受診年月日	令和 年 月 日
受診医療機関名	

受診項目及び費用	
マンモグラフィー検査	円

申請金額	円
------	---

※当健康保険組合では、当健保指定医療機関で人間ドックを受診される方で、乳がん検診でマンモを追加された場合、上限3,000円まで補助を致します。上限に満たない場合は、その実費を補助致します。なお、市区町村等が任意で行っている乳がん検診費用は補助の対象外となります。

※「婦人科検診」のみの申請書は、本紙とは別の申請書です。

※この申請書を提出するときは、以下の内容が記載されている医療機関発行の領収書（原本）を添付して下さい。補助金はご本人の個人宛の銀行口座に振り込みを致します。（銀行口座を指定）

① 人間ドックを受診した人の氏名 ② 人間ドックを受診した日付

③ マンモグラフィー検査費用

【振込口座】

銀行	支店
支店番号:	口座番号:
名義(カタカナ):	()

*口座確認のため、ご記入いただいた振込口座の通帳またはキャッシュカードのコピーを添付して下さい。（口座番号などが確認できるネット画面でも可）