

乳がん・子宮がん検診補助金利用申込書

自動車振興会健康保険組合 行

事業所記号 _____

事業所名 _____
電話番号 _____ ()

健保事務担当者名 _____
(または申込者名)

証 番 号	氏 名	年 齢	生 年 月 日	医 療 機 関 名	医療機関がある都道府県名	組合使用欄 (承認番号)
				受 診 日	受診検査項目 (○で囲んでください)	
No.		歳	S・H 年 月 日	令和 年 月 日	乳がん・子宮がん・両方	
No.		歳	S・H 年 月 日	令和 年 月 日	乳がん・子宮がん・両方	
No.		歳	S・H 年 月 日	令和 年 月 日	乳がん・子宮がん・両方	
No.		歳	S・H 年 月 日	令和 年 月 日	乳がん・子宮がん・両方	
No.		歳	S・H 年 月 日	令和 年 月 日	乳がん・子宮がん・両方	

(注 意 事 項)

1. 乳がん・子宮がん検診の補助金支給対象者は、39歳以下(年度末)の被保険者のみとなります。
2. 事業所記号・証番号は必ず記入してください。
3. やむを得ず受診日を変更される場合は必ず健康管理課までご連絡ください。
4. 利用承認書は健康保険事務担当者宛てに郵送します。

FAX 03-3442-7366