

決裁年月日 令和 年 月 日

支給 決議書	支給額	¥	摘要	乳がん検査 @2,000× = 円 子宮がん検査@2,000× = 円
-----------	-----	---	----	--

申請処理年月日 令和 年 月 日

※以下の欄にご記入ください

乳がん・子宮がん検診補助金支給申請書

被保険者等	記号 番号		事業所名	
実施年月日	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			
実施医療機関				
実施人数	名	内訳	乳がん検査	円× 名 = 円
費用総額	円		子宮がん検査	円× 名 = 円

上記のとおり乳がん・子宮がん検診を利用しましたので、下記書類を全て添えて補助金の支給を申請します。

領収書 (原本) 個人結果票 (写し可)

〒

令和 年 月 日 住 所

申 請 者

氏 名 _____

自動車振興会健康保険組合 理事長 様

委任状		委任者	
私は下記代理人に乳がん・子宮がん検診補助金の受領に関する権限を委任します。		番 号	氏 名
令和 年 月 日			
記			
代理人			
住 所 〒			
事業所名			
氏 名			

振込先の銀行口座をご記入ください。

銀行コード _____		支店コード _____	
銀行 本店・		支店	
		当 座 ・ 普 通	
口座番号	口座 名義	フリガナ 氏 名	

健 保
受 付 印

※次の場合は委任状欄への記入が必要です。

振込口座名義が法人の場合、申請者・代理人・口座名義は事業主名に限ります。
被保険者（受診者）氏名は委任者の欄にご記入ください。