

常務理事	事務長	係

支給決定額	円
-------	---

京阪グループ健康保険組合 御中

乳がん検診費用補助申請書

年 月 日申請

※太枠内をご記入ください。

被保険者証 記号番号	記号	番号	被保険者 氏名	
事業所名			受診者 氏名	
乳がん検診の種類	(マンモグラフィ ・ 超音波)			
人間ドック利用施設名				
受診日	年	月	日	乳がん検診費用 (税込) 円

○任意継続被保険者の方のみ補助金の振込先をご記入ください。

金融機関名	支店名	種別	口座番号	口座名義(カタカナ)
	支店	普通・当座		

- ①領収書(原本またはコピー)を添付してください。(レシート及びクレジット控え不可)
 - * 領収書は返却いたしませんので、必要な方はコピーを提出ください。
 - * 領収書において、受診年月日・検査内容およびその金額が確認できることが必要です。
- ②受診後、速やかに申請してください。
 - * 最終申請期限は、年度終了後4月10日健康保険組合必着です。

※本申請書は、乳がん検診費用補助以外の目的では使用いたしません。

