

組合記載欄	理事長	常務理事	事務局長	係	補助金支給決定額	円
					振込年月日	
	被保険者証番号	岡303	-	-		

乳がん検診費用補助申請書

令和 年 月 日

中四国薬剤師国民健康保険組合 理事長 殿

組合員氏名	
検診を受けた方の氏名 (上記と同じ場合は記載不要)	
検診を受けた施設の名称	
検診を受けた施設の住所	
検診を受けた方の生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)
検診年月日	令和 年 月 日
乳がん検診の種類	マンモグラフィ ・ 超音波エコー ※ ○で囲んでください

上記のとおり乳がん検診を受診しましたので、明細書または領収書原本を添付して申請します

補助金の振込先をご記入ください		※口座はお間違えのないよう楷書で記入してください							
信用金庫	店	預金種目	1 普通	口座番号					
銀行	支店			フリガナ					
農協	出張所		2 当座	名義人					

(注意事項)

- 乳がん検診費用補助は資格取得後1年以上経過した方に限り、年齢は問わず年度内に1回(セット可)の検査に支給する
- 受診者の氏名、検査名、金額、日付が明記されている明細書または領収書を添付すること
- 補助額はマンモグラフィ 3,000円、超音波エコー2,000円、セットは5,000円とする(自治体、職場等の制度利用及び保険適用の場合は補助対象外)
- 同年度中に人間ドック補助申請をする方、または事業者健診での乳がん検診は補助対象外(自己負担受診のみ申請可)
- 申請は翌年度の4月30日までに 本部事務局 へお願いいたします