

支給額	平成 年 月 日			
	常務理事	事務長	係	係
¥				

ノバルティス健康保険組合 御中

婦人科がん検診 補助金申請書

下記のとおり、領収書を添えて補助金を申請します。

補助申請額 ¥

健保番号	記号	番号	被保険者氏名	印
勤務先／所属				
受診者名				
受診者生年月日	昭和・平成	年	月	日
検診日	平成	年	月	日
健診機関名				
乳がん検診	領収書金額 ¥		補助金額 ¥2,500 (上限)	
子宮がん検診	領収書金額 ¥		補助金額 ¥2,500 (上限)	

***対象者: 20歳以上の被保険者・被扶養者**

但し、人間ドック・家族健診を受診される方は、対象外となります。

注意事項

1. 領収書は、検診者名、検診日、検診項目別金額が記載された領収書原本を裏面に糊付けしてください。
2. 太枠内を記入し、必ず請求印を押してください（押印漏れは、補助金の支給ができません）
3. 保険診療は補助金の対象外となります。領収書を受け取る際に、自費診療であることをご確認ください。
4. お支払：20日締切、月末に給与口座へ振込みます。