

別紙（1）様式

## 婦人科検診補助金申請書

利用希望者	被保険者証 記号・番号	記号	番号
	氏名		
	生年月日	昭・平	年 月 日生 歳
	住所	〒	
検診日			
病院名			
所在地	〒		
検査項目			
料金	¥		

婦人科検診代の記載がある領収書（写可）添付

上記のとおり婦人科検診を受診しましたので、補助金を請求いたします。

年 月 日

事業所名 印

被保険者名 印

関東信用組合連合健康保険組合

理事長様