

別紙（1）様式

婦人科検診補助金申請書

利用希望者	被保険者等 記号・番号	第 . 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。

令和 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 殿