

婦人科・前立腺がん・胃がん・眼科検診・インフルエンザ予防接種
助成金申請明細書

被 保 険 者 証		記 号		被 保 険 者 氏 名			
		番 号		配偶者(家族)が受診した場合はその氏名			
検 診 を 受 け た 医 療 機 関 の 名 称				検 診 日	年 月 日		
検 診 項 目 (該当する項目に○印)	項 目	乳 が ん	子 宮 が ん	前立腺がん	胃 が ん	眼 科	インフルエンザ
	本 人						
	配 偶 者 (家 族)						※
上記受領方を事業主 に委任します。							
被保険者氏名				(印)			

※インフルエンザ予防接種助成金のみ、被扶養者全員が対象

領収書（原本）添付欄

*領収書だけで受診項目が判別できない場合は、明細書も添付。