

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 助成金申請書

和歌山県農協健康保険組合 理事長 殿

被 保 険 者 証		記 号	96	被 保 険 者 氏 名		⑨	
		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)						
【助成金振込先】		農業協同組合				本・支所・支店	
【口 座 名】		(カタナ)					
【口座番号】							
				(7ケタ)	(普 ・ 当)		

注)証明として、支払った費用の領収書の原本を添付して下さい。
(領収書だけで受診項目が判別できない場合は、明細書も添付してください。)

※このワク内は記入しないで下さい。

交 付 決 定 伺	常 務 理 事	事 務 長	課 長	係
	金 額	乳 が ん		円
		子 宮 が ん		円
		前 立 腺 が ん		円
		胃 が ん		円
		眼 科		円
		インフルエンザ		円
		計		円

受 付

支 払 済 印