

イマジカ健康保険組合 御中

⑧ 事後申請（受診後に申請して下さい。）

常務理事	事務長	係

婦人科健診 利用補助交付申請書

■ 太枠内を漏れなく記入してください。

記号・番号	—	被保険者氏名	フリガナ
事業所名 所属部署	TEL: — —		

※続柄は、妻、長女、二女等記入して下さい。

受診者名	フリガナ	続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 ()
住所 連絡先	〒 — TEL: — — Mail:		
受診者 生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)	受診日	令和 年 月 日 ()
健診種別	該当の健診に <input checked="" type="checkbox"/> を入れて下さい。 <input type="checkbox"/> a. マンモグラフィー <input type="checkbox"/> b. 超音波 <input type="checkbox"/> c. 子宮がん検査	窓口負担額	円
振込先 金融機関	銀行 信用金庫		支店 出張所
	銀行コード	支店コード	口座種別 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
口座名義	フリガナ	口座番号	

上記のとおり、利用補助の交付を申請いたします。

令和 年 月 日

■ 注意事項

*利用料金の①領収書の**原本**(受診者宛に発行された物)、②検査結果の**写し**を必ず添付して下さい。

*受診者をご家族の場合でも、補助金のお振込先は被保険者本人の口座に限ります。

被保険者本人名義の口座を記入して下さい。

■ 申込書提出先・問い合わせ先

〒140-0002

東京都品川区東品川 3-13-6

IMAGICA Lab.品川プラザアクションセンターRビル2F

イマジカ健康保険組合

TEL: 03-5479-2220

FAX: 03-5479-2221

受付印

2022.1 改訂

組合処理欄	
受付日	年 月 日
支給決定日	年 月 日
種別	婦人科健診利用補助
支払決定額	¥
備考	