

郵送検診 FAX申込書 (大腸がん・子宮頸がん)

兵庫トヨタ自動車健康保険組合 殿

必要事項を記入し、

078-272-2146

健康保険組合までFAX送信してください。
(お間違いのないよう番号をご確認ください。)

平成 年 月 日

平成30年4月16日(月)までに

FAX送信してください。

被保険者証記号

番号

被保険者氏名

印

受 診 対 象 者	フリガナ			生年月日	S H	年	月	日
	申込者名			年齢	(平成31年3月31日到達年齢)			
	続柄・性別	本人	男 女	連絡先 電話番号	自宅 携帯 勤務先	-	-	
	住所	〒 -						
希望する 検診	大腸がん ・ 子宮頸がん							

被保険者 の会社名		所 属 部 署 名	
--------------	--	--------------	--

(注)郵便番号、住所、氏名などは正しくはっきり書いてください。

常務理事	事務長	担当者

兵庫トヨタ自動車健康保険組合理事長 殿

乳がん・子宮頸がん検診受診補助金申請書 (被保険者本人用)

○申請者 (被保険者)

平成 年 月 日

被保険者証 記号・番号	(記号)	(番号)	被保険者氏名		Ⓜ
			生年月日	(昭和・平成 年 月 日生)	
被保険者住所	(〒 -)		事業所名称		
連絡先 (電話番号)	-		<ul style="list-style-type: none"> ・自宅 ※日中連絡がとれる番号をご記入ください。 ・携帯 ・職場 (自宅/携帯/職場) いずれか選択してください。 		
続柄	本人	受診日	乳がん 平成 年 月 日	支払金額	円
			子宮頸がん 平成 年 月 日	支払金額	円

★太枠内のみ必ずご記入ください。(※枠内は組合記入欄です)

*支給決定額 (組合記入欄)	円
-------------------	---

○補助金振込先 (被保険者本人の預金口座に限ります)

金融機関名	支店名	預金種類	口座番号	口座名義人
銀行 信用金庫 農協 その他	支店 (出張所)	1 普通 2 当座		〃

※「ゆうちょ銀行」を指定する場合は、振込用の『店名(漢数字3桁)・預金種目・口座番号(7桁)』を確認のうえ記入してください。

※金融機関・支店の統廃合により、金融機関名等が変更になっているときは、変更後の金融機関名を記入してください。

§ § お願い § § 補助金の振込みについては、「三井住友銀行」から振り込みさせていただくのですが、振込手数料軽減のために可能であれば振込先を「三井住友銀行」として指定いただければ幸いです。尚、「三井住友銀行」とのお取引がない場合は、他銀行でも振込可能です。

《補助金のご請求についての注意事項》

- 必ず検診結果表と領収書(又は診療明細書等、受診内容と金額のわかるもの)を添付してください。(添付書類は写しでも結構ですが、送付いただいた検診結果表及び領収書等はお返ししません)
- 領収書には必ず医療機関で次の項目を記入してもらってください。

(1) 受診者氏名	(4) 医療機関名
(2) 受診内容(「乳がん又は子宮頸がん検査代」と明記)	(5) 医療機関領収印
(3) 受診年月日	(6) 支払金額
- 予防としての検診に限ります。医療行為として健康保険を使って受診された場合は補助の対象となりませんのでご注意ください。

【留意事項】

- 指定の期間内に申込書を提出され、検診受診日において当健康保険組合に加入している被保険者の方が対象です。
- 平成30年4月1日(日)～平成30年7月31日(火)の期間に受診されたものに限り申請できます。
- 申請書に領収書(コピー可)を添付して、被保険者が勤務する事業所(会社)の健康保険組合担当窓口まで提出してください。(ただし、任意継続被保険者の方は直接、当健康保険組合宛に送付してください。)
〔(一般)被保険者→事業所→健保〕 〔(任継)被保険者→健保〕
- 平成30年8月25日(土)事業所到着分まで受付します。8月26日(日)以降到着分については受理できません。
- 乳がん・子宮頸がんの両方を受診される場合は、両方分をまとめて申請してください。(申請は1回限りです。)
- 検診費用のうち、それぞれについて 3,000円を上限として支給します。(ただし、受診費用が各上限額未満の場合は実費額を支給します。)
- 市区町村による公費助成制度が利用された場合でも、公費による補助額を差し引いた自己負担額が対象となります。

《提出経路》 一般(被保険者)→(事業所)→(健康保険組合)
任継(被保険者)→(健康保険組合)

乳がんグローブ(自己触診用) FAX申込書

兵庫トヨタ自動車健康保険組合 殿

必要事項を記入し、

078-272-2146

健康保険組合までFAX送信してください。
(お間違いのないよう番号をご確認ください。)

平成 年 月 日

**平成30年4月16日(月)までに
FAX送信してください。**

(4月17日以降も受付しますが期限内の申込にご協力願います)

被保険者証記号 番号

被保険者氏名

Ⓜ

対 象 者	フリガナ		生年月日	S H	年	月	日
	申込者名		年齢	(平成31年3月31日到達年齢)			
	続柄	本人	連絡先 電話番号	自宅 携帯 勤務先	-	-	歳
	住所	〒 - (※対象者が被保険者ご本人である場合は、住所の記入は必要ありません。)					

被保険者 の会社名		所 部 署 名	
--------------	--	------------------	--

(注)郵便番号、住所、氏名などは正しくはっきり書いてください。