|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 理事長 | 係 |  | 支給決定日 | 支払決定額 |
|  |  |  | 年 　　月 　　日 | 円 |

**乳がん検診利用補助金支給申請書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | フリガナ |  |
| 被保険者  氏名 |  | 受診者  氏名 |  |
| 被保険者  記号番号 | － | 生年月日 | 年　 　月　 　日 |
| 費用 | 円 | 受診日 | 年　 　月　 　日 |
| 検診機関 | （名　称）  （所在地） | | |
| 上記のとおり受診しましたので**領収書（原本）と検診結果（コピー）**を添えて補助金を  申請します。  　　　年　　　月　　　日  ノーリツ健康保険組合理事長　殿  〒  住　所  被保険者　氏　名 | | | |

※20歳以上（2025年3月31日現在）の被保険者、被扶養者を対象に実施します。

※検診は年度内で1回のみ受診出来ます。

※検診を受けられる際は、健康保険証（マイナ保険証）を使用せず、必ず検診費用を全額窓口でお支払下さい。保険証（マイナ保険証）を使用して受診されますと、補助の対象外となります。

※補助金（上限5,000円）は給与振込します。

※任意継続の方は、銀行口座に振り込みます。被保険者本人の銀行口座名をご記入下さい。

（銀行名　　　　　　　　　　支店名　　　　　　　　　　口座Ｎｏ　　　　　　　　　　　）

※ゆうちょ銀行は取扱していません。

【個人情報の利用目的について】

当申請書に記載、あるいは添付されました個人の情報は補助金支給と特定健診の保健指導以外に、

健康保持増進のための各種保健施策、健診結果及びリスク保有者データによる事後フォロー、

高リスク保有者に対する医療機関への受診勧奨等に使用します。また被保険者の情報は所属事業所（会社）と共同で利用します。予めご了承の上、ご利用頂きますようお願い申し上げます。

問合先・送付先：ノーリツ健康保険組合

〒674-0093　兵庫県明石市二見町南二見5

TEL：078-941-4522 FAX：078-941-4548