

決済日 : 令和 年 月 日

| | | | | |
|------|-----|--|--|-----|
| 常務理事 | 事務長 | | | 担当者 |
| | | | | |

令和 年度 子宮頸がん検査補助金申請書 [事業所用]

※欄は、記入しないで下さい。

| | | | | | |
|------------------|--|---------------------|------------|----------------------|---------|
| 事業所記号 | | 申請人数 | | 担当者名 | |
| | | | | 電話番号 | |
| ※健保組合記入欄 補助金額 | | 子宮頸がん 円 × 人 | | | _____ 円 |
| 被保険者 番号 | 申請者名 | | 被保険者 番号 | 申請者名 | |
| 1 | | | 11 | | |
| 2 | | | 12 | | |
| 3 | | | 13 | | |
| 4 | | | 14 | | |
| 5 | | | 15 | | |
| 6 | | | 16 | | |
| 7 | | | 17 | | |
| 8 | | | 18 | | |
| 9 | | | 19 | | |
| 10 | | | 20 | | |
| 事業主 | 補助金 支払先 | 銀行名 銀行 支店 | | 口座番号 当座・普通 () | |
| | | 口座名義 (カタカナ記入) | | | |
| | TSIホールディングス健康保険組合 理事長 殿 上記の被保険者の申請に基づき関係書類とともに補助金の申請をします。 令和 年 月 日 事業所名 事業主名 | | | | |

【注意事項】

1. この申請書に各被保険者からの申請書を添付してください。 (この申請書は必ず添付して下さい)
2. 領収書(原本)が添付されていない方の申請は補助の対象となりません。
3. 負担額が補助上限額(2,000円)に満たない場合は、実費額の支給となります。
4. 当該年度分の申請締切は当該年度の3月末ですので申請漏れの無いようご注意ください。《受付印》
5. 必ず控えをとってから送付願います。