

受付	年	月	日
専務理事	事務長	担当	

2024年度婦人科検診補助申請書 (事業所用)

申請日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

事業所名 _____

代表者名 _____

担当者名 _____

直通or内線(トール) _____

メールアドレス _____

下記の通り、婦人科検診受診者リストファイル・**検診結果**を添付して補助申請をいたします。

実施機関名		
実施期間	年 月 日 ~	年 月 日
検査項目	単価	受診人数
マンモグラフィ	円	人
乳房エコー	円	人
子宮頸がん	円	人

※ この確認書に記入された個人情報は補助金支給のための利用に限定しています。

※ コマツ健保に加入していない場合は、補助対象外となりますので人数に含めないでください。

※ **検診結果のデータの添付をお願いします。**