

受付	年	月	日
専務理事	事務長	担当	

2025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
①マンモグラフィ	円	人
②乳房エコー	円	人
③子宮頸がん	円	人
④経膈エコー	円	人
⑤子宮体がん(50 歳以上)	円	人
⑥骨密度	円	人
受診した実人数 合計		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提出をお願いいたします。