

# 子宮頸がん検診料助成請求について

保険適用外で子宮頸がん検診を受診される場合、年1回を限度としてその費用を助成します。

下記書式の中を全てご記入のうえ、領収書の写しを添えて職員共済組合

まで請求してください。 **病理細胞診のみ**（超音波、CTなどの特殊検査を除く）

**※人間ドック、脳ドック、婦人科単独検診等の受診者は申請できません。**

令和 年 月 日

神戸市職員共済組合理事長 宛

## 子宮頸がん検診料助成請求書

子宮頸がん検診を受診しましたので、下記のとおり助成金を請求いたします。

組合員証 記号・番号	記号 番号	組合員 氏名	
受診者 氏名		続柄	本人・妻 その他（ ）
受診者 生年月日	年 月 日	受診年月日	
		自己負担額	¥ 円

領収証（写）貼り付け欄
-------------

補助請求額 記入しない

--	--	--	--	--	--

組合員 所属		組合員 氏名	印
-----------	--	-----------	---

〈振込口座〉

銀行	支店	店番			普通・当座	口座番号							
フリガナ 口座名義													

注、組合員名義でお願いします。