乳がん・子宮頸がん検診全額補助について

＜補助費の請求方法＞

❶ 乳がん・子宮頸がん検診を受診する。

（お住まいの市町村で実施しているがん検診又は各自で医療機関で受診する検診）

年齢基準日　2025/3/31 現在の満年齢

・乳がん検診

乳房超音波（30～39 歳）

マンモグラフィ（40 歳以上）

・子宮頸がん検診（30 歳以上）

子宮頸部細胞診のみ

▼

❷ 検診負担金費用を支払う。

※医療機関で領収証をもらう（クレジットカード控えは不可）

▼

❸ 健保へ「補助費」を請求する。

「乳がん・子宮がん検診利用補助費請求書」に必要事項をご記入のうえ、領収書（原本）を所定の位置に貼り付け、健康保険組合宛に送付してください。

（※請求書は次頁の用紙をご活用ください。）

健康保険を使った検査は請求できません

子宮頸がん以外の検診（経膣超音波検査、体がん検査、ウイルス HPV 検査は補助対象外です）

※領収証記載事項
①受診者氏名
②検診費用
③検診年月日（受診日）
④検診内容
（乳がんマンモグラフィー）
（乳がんエコー）
（子宮頸がん）
⑤医療機関名

見本

領収証

○○年○○月○○日

①○○　○○様

②金額　¥○○,○○○

但し③○○年○○月○○日検査分
④子宮頸がん検査代として
上記金額正に領収いたしました。

⑤大阪市中央区南船場○ー○ー○
□□□病院

▼

❹ 補助費（全額補助）を給与振込みいたします。

（任意継続者は給付金受取先口座（加入時に届出済）へ振込みいたします。）

<お問い合わせ先>

ダイハツ健康保険組合　　外線：072-752-3008　　内線：661-4990

支給決定	乳がん	乳房超音波	円		常務理事	事務長	課　長	係　員
		マンモグラフィ	円					
	子宮がん(頸がんのみ)		円					

乳がん・子宮頸がん検診利用補助費請求書

保険証	記号		番号		被保険者氏名		氏名コード	
所　属	工場　　部　　室課　　組　内線（　　）							

受診者	氏　名		生年月日	S・H　　年　　月　　日	年齢		続柄	
	住　所	〒 TEL（　　）　　－						

検診名		検診日	検診費用	再検査	検診機関名	TEL
乳がん	乳房超音波	年　月　日	円	有・無		（　　）　－
	マンモグラフィ	年　月　日	円	有・無		（　　）　－
子宮がん（頸がんのみ）		年　月　日	円	有・無		（　　）　－

受　付　印

ダイハツ健康保険組合理事長 殿

上記のとおり請求いたします。
なお、私の受ける補助費の受領方を事業主に委任します。

（注）①太線枠内のみご記入ください。
②この請求書には、必ず検診を受けた検診機関の領収書（受診者氏名が記載されたもの）原本を所定の位置に貼り付けてください。
（乳がん・子宮頸がん検診領収書に氏名がない場合は、検診結果のコピーを一緒に添付してください。）
③㈱ベネフィット・ワンで予約した健診のオプション検査として乳がん・子宮頸がん健診を受診された場合は、既に補助金を支給しているため請求できません。

領収書　貼付位置

（切り取り）