

# 2022年度 検診補助金申請書

受付No.

受診期間 2022年4月1日～2023年3月31日 申請期間 2022年4月21日～2023年4月10日 (当組合必着)

★申請できる検診は以下の4項目です。全額自費で検診を受けてください。

**1 人間ドックの追加検診**  
当組合補助を使って受診した人間ドックの追加検診費用

費用の  
**60%**  
を補助  
上限25,000円  
(100円未満切上)

**3 子宮がん検診(頸がん検診、体がん検診、子宮エコー)  
乳がん検診(マンモグラフィ、乳房エコー、触診)**  
国内の医療機関で受診した婦人科検診の費用

全額  
補助

**4 住民検診**  
地方自治体(市区町村)から補助があるがん検診など

## 申請前に、以下の項目を必ずチェックしてください。

- 補助金の支給は各検診ともに、1人につき、1年度1回限りです。重複はありませんか？
- 受診日に当組合の資格がある方が対象です。資格を喪失していませんか？
- 領収書は原本ですか？ コピーでは受付できません。
- 領収書に以下の項目が必要です。全て記載されていますか？  
・受診者氏名 ・各検診項目と費用 ・受診日 ・医療機関名と印 (検診項目は別紙明細でも可)  
検査項目が明記されていない場合、補助金は支給できません。
- 保険証を使用していませんか？ 保険証を使用した(保険診療扱い)場合は、補助対象外となります。
- 子宮がん検診・乳がん検診については結果も必要です。結果を貼付(又は記入)しましたか？
- 追加検診は、当組合補助を使って受診した人間ドックのオプションに限ります。
- 振込先は、被保険者(従業員本人)名義の口座を記入していますか？ ※ゆうちょ銀行は不可です。

## 太枠内1.～3.をもれなく記入してください ※記入はもれなく正確に！(不備があると補助金は支給できません)

### 1. 受診者情報

保険証 記号		番号	枝番	連絡先	—	—
フリガナ(姓)	(名)	生年月日	西暦	年	月	日
氏名		年齢	歳	性別	1男・2女	続柄

### 2. 被保険者情報

フリガナ(姓)	(名)	会社名	
氏名		所属	
		連絡先	— —

### 3. 補助金振込先(ゆうちょ銀行不可) 振込先に誤りがあれば振込出来ません。

銀行名	1 銀行 2 信金 3 農協 4 労金 5 その他 ( )
支店名	1 支店 2 本店 3 出張所 ← ↑ 下線部分は該当するものを○で囲ってください
口座番号	□座名義カタカナで ← 被保険者(従業員本人)名義をカタカナで記入してください

※以下 当組合使用欄(記入しないでください)

①追加	領収書金額		補助決定額		受診項目、受診日		
	円	円	円	円	子宮頸	子宮体	乳

②脳	領収書金額		補助決定額		受診項目、受診日			
	円	円	円	円	子宮頸	子宮体	乳	その他

# 子宮がん検診・乳がん検診 結果貼付位置 (領収書は貼り付けないでください)

受付No.

- 子宮がん検診・乳がん検診の補助金を申請する場合、必ず受診した(申請する)検診の結果を貼付または記入してください。  
結果を貼付する場合は、コピーでかまいません。
- 検診受診日、医療機関名を忘れずに記載してください。
- 結果記入方法は裏面をご参照ください。

## 1 子宮がん検診 結果

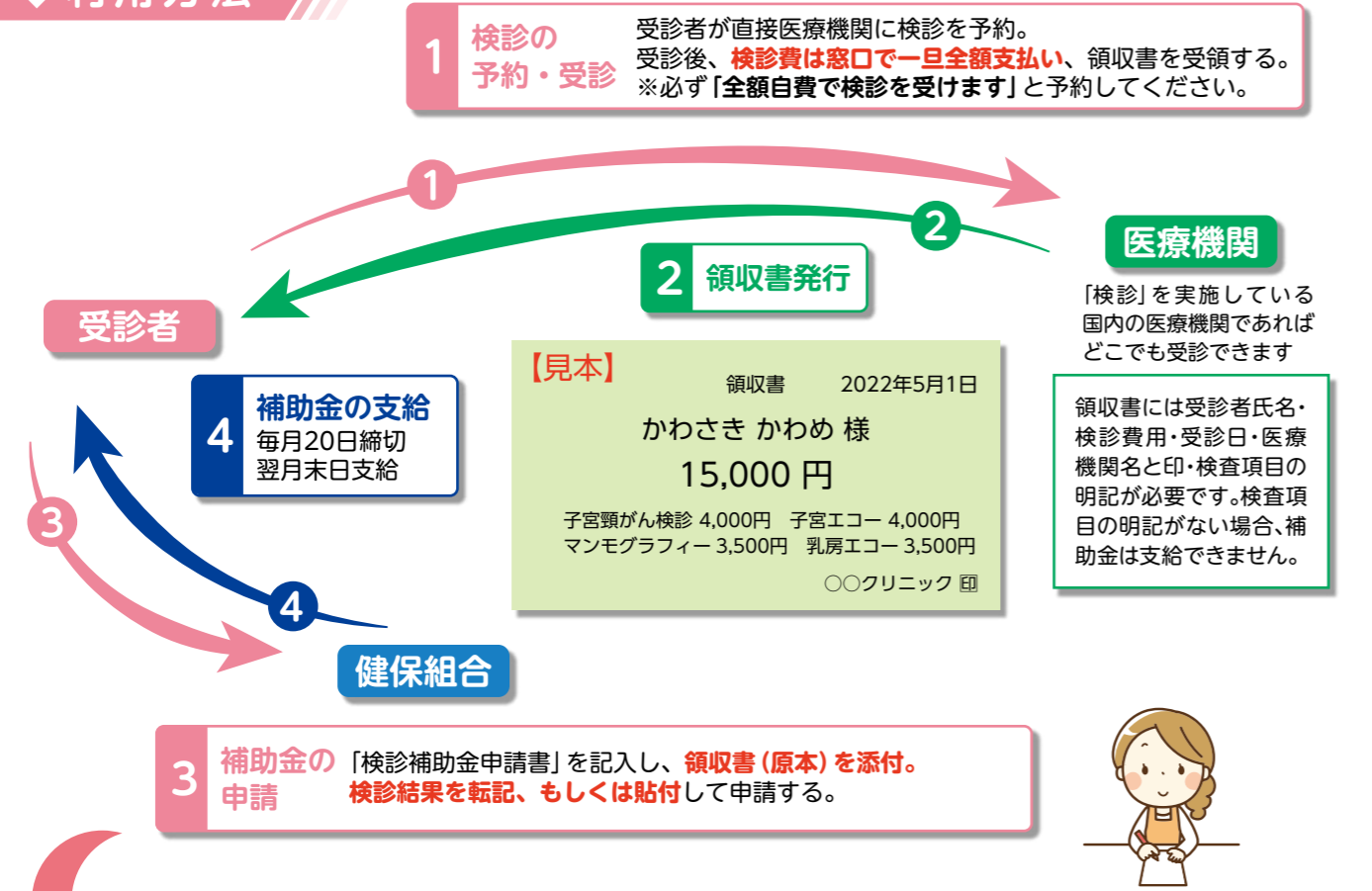
検診名	検診項目	当てはまるところに○、 所見ありの場合は、コメントを記載				
		1: class I	2: class II	3: class III a	4: class III b	
頸がん検診 受診日 年 月 日 医療機関名 ( )	●子宮頸部細胞診(日母分類)	5: class IV	6: class V	7: 検体不良		
	●子宮頸部細胞診(ベセスダ分類)	1: Negative	2: ASC-US	3: ASC-H	4: LSIL	
	●子宮頸部細胞診(ベセスダシステム2001)	5: HSIL	6: AGC/AIS	7: carcinoma等		8: 検体不良
		1: NILM	2: ASC-US	3: ASC-H	4: LSIL	5: HSIL
	●子宮頸部視診 所見の有無	1: 所見あり		2: 所見なし		
	所見ありの場合記載					
	●その他 子宮頸がん検診 所見の有無	1: 所見あり		2: 所見なし		
	所見ありの場合記載					
体がん検診 受診日 年 月 日 医療機関名 ( )	●子宮体部細胞診	1: 陽性	2: 疑陽性	3: 陰性	4: 検体不良	
	●その他 子宮体がん検診 所見の有無	1: 所見あり		2: 所見なし		
	所見ありの場合記載					
子宮エコー 受診日 年 月 日 医療機関名 ( )	●子宮内診 所見の有無	1: 所見あり		2: 所見なし		
	所見ありの場合記載					

## 2 乳がん検診 結果

マンモグラフィ 受診日 年 月 日 医療機関名 ( )	所見の有無	1: 所見あり	2: 所見なし	3: 要再撮影	4: 検査不適
	所見ありの場合記載				
乳房エコー 受診日 年 月 日 医療機関名 ( )	所見の有無	1: 所見あり		2: 所見なし	
	所見ありの場合記載				
触診 受診日 年 月 日 医療機関名 ( )	所見の有無	1: 所見あり		2: 所見なし	
	所見ありの場合記載				

# 子宮がん検診・乳がん検診の補助・申請方法を確認しましょう

## ◆ 利用方法



子宮がん検診・乳がん検診の補助金申請には、「領収書」と「検診結果」が必要です。  
両方そろっていることで、補助が受けられます。ご注意ください。

★「領収書」は原本を提出してください。

★「検診結果」は結果のコピーを貼付、もしくはご自身でご記入ください。

◎受診した検診については、全ての結果をきれいに貼付(記入)してください。

〈記入する場合の注意点〉

- ・「子宮頸がん検診」を受けた場合、「頸がん検診」欄のいずれか当てはまるところに○。  
検診結果を医療機関から聞き取った、もしくは、どの検診の結果かわからない場合は、「その他子宮頸がん検診」の所見の有無どちらかに○と、所見ありの場合は、コメントを記載してください。
- ・「子宮体がん検診」を受けた場合、「体がん検診」欄のいずれか当てはまるところに○。  
検診結果を医療機関から聞き取った、もしくは、どの検診の結果かわからない場合は、「その他子宮体がん検診」の所見の有無どちらかに○と、所見ありの場合は、コメントを記載してください。
- ・「子宮エコー検査」、「マンモグラフィー」、「乳房エコー」、「触診」を受けた場合、それぞれの欄のいずれか当てはまるところに○。所見ありの場合は、コメントを記載してください。

◎それぞれの検診を受診した日と医療機関名は、必ず記入してください。

# 2022年度 検診補助金申請書

## 申請できる検診は4項目

### 1 人間ドックの追加検診

当組合補助を使って受診した人間ドックの追加検診費用

### 2 脳ドック

国内の医療機関で受診した脳ドックコースの費用

### 3 子宮がん検診(頸がん検診、体がん検診、子宮エコー) 乳がん検診(マンモグラフィー、乳房エコー、触診)

国内の医療機関で受診した婦人科検診の費用

### 4 住民検診

地方自治体(市区町村)から補助があるがん検診など

**注意** 全額自費で検診を受けてください。

保険証を使用した(保険診療扱い)場合は、補助対象外となります。

費用の**60%**を補助  
上限**25,000円**(100円未満切上)

**全額補助**

## 添付するのは領収書(原本)と明細書 + 子宮・乳結果

**【見本】**

領収書 2022年5月1日  
かわさき かわめ 様  
15,000 円  
子宮頸がん検診 4,000円 子宮エコー 4,000円  
マンモグラフィー 3,500円 乳房エコー 3,500円  
〇〇クリニック 印

- 受診者氏名
- 各検診項目と費用
- 受診日
- 医療機関名と印

上記項目が、領収書に記載されていることをご確認ください。  
(検診項目は別紙明細でも可。一緒に提出してください。)

※子宮がん検診・乳がん検診は結果も提出してください。  
(中面右頁参照)

**補助対象者** 受診日に当組合の資格がある方

**締切と補助金支給日**

**受診期間** 2022年4月1日～2023年3月31日

毎月**20日**締切(当組合到着分) **翌月末日**支給

**申請期間** 2022年4月21日～2023年4月10日  
(当組合必着)

中面左頁「補助金振込先」に記入の口座に振り込みます。  
入金状況は各人でご確認ください。

※申請は1人につき1年度1回限りです。複数の検診を受ける場合は、1年度分まとめて申請してください。  
(年度内2回目以降の申請は、受付不可)

申請書送付先・問合せ先

〒650-8680 神戸市中央区東川崎町1-1-3 神戸クリスタルタワー 25F

川崎重工業健康保険組合 健康管理課 \*社内メール、郵送どちらでもOK