

クボタ健康保険組合 記入欄						
支給決定及び支払伺	五款 保健事業費		一項 保健事業費		四目 疾病予防費	
	被保険者	検診費用		上限額は下記の通り		補助金支給額
		円		12,000円		円
	常務理事	事務長	部長	課長	担当者	支払年月日
					令和 年 月 日	

## 2024年度 乳がん検診補助金申請書 被保険者のみ

被保険者証の 記号・番号	記号	番号	事業所 の名称			
受診者氏名			生年月日	(和暦)	年 月 日	
乳がん (40歳以上)	費用		検診日現在の年齢	検診機関名	検査方法は下記のいずれかに限定 該当するものに☑をする	
	円		歳		<input type="checkbox"/> ①マンモグラフィ検査2方向【必須】 <input type="checkbox"/> ②超音波検査 <input type="checkbox"/> ③視触診	
検診日	令和 年 月 日					
検診費用	円		※補助上限金額は12,000円です			

上記の通り、領収書(原本)、医療費明細書(検査方法が明記されたもの)を添付して請求いたします。  
尚、支払方法については、クボタ健康保険組合に一任いたします。

### 【注意事項】

<p><b>※保険診療(3割自己負担)分は対象外</b></p> <p>受診期間：1年間(2024年4月1日～2025年3月31日)</p> <p>対象者：2025年3月31日時点で、40歳以上のクボタ健康保険組合に加入している被保険者(女性のみ、任意継続者を除く)</p> <p>申請締切：毎月末締切。 ※但し、年度末(3月)は決算処理のため、4月3日【健保必着】までにご提出下さい。</p> <p>申請方法：申請書と領収書(原本)、医療費明細書等(乳がん検診の検査方法が明記されたもの。コピー可)を事業主または㈱クボタスタッフ経由でクボタ健康保険組合へご提出下さい。 ※人間ドックや一般健診のオプションとして受診し、領収書が1枚の場合はコピー(理由記入・本人署名)での申請可。</p> <p>支払方法：月末締切、翌月の㈱クボタ給与支払日に支給します。 ※クボタ：給与振込 関連会社：事業所振込 任意継続：個人振込</p> <p>注意事項：今回の補助制度は2024年度のみとなります。 健保で定める集団検診会場(事業所)で、乳がん検診を受診した方は申請の対象外となります。</p>
---

〒

令和 年 月 日

被保険者住所

クボタ健康保険組合理事長 殿

電話番号

被保険者氏名

事業主の住所・氏名

社内連絡先電話番号

㈱クボタ事業所担当者記入欄

当該被保険者の 事業所名称		担当者
給与事業所C		