

## 婦人科がん検診補助金

## 支給申請書

申請日 令和 4 年 4 月 25 日

被 保 険 者	被保険者 証の記号	11	被保険者 証の番号	12345	従業員 番号	9999	事業所	〇〇工場
	氏名	(フリガナ) ケンボ ハナコ 健保 花子				電話番号 (日中の連絡先)	080-888-8888	
	住所	〒 000 - 0000 〇〇県△△市××町〇〇-〇〇-〇〇						

受 診 者	氏名	(フリガナ) ケンボ ハナコ 健保 花子	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	被保険者 との続柄	本人	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	5	6	1	0	2	0
	受 診 内 容	乳がん (30歳以上)	<input checked="" type="checkbox"/> 乳腺エコー	医療機関名		受診日		検診費用					
<input checked="" type="checkbox"/> マンモグラフィー			〇〇クリニック		4 月 10 日		11,000 円						
子宮がん (20歳以上)		<input checked="" type="checkbox"/> 子宮頸がん	医療機関名		受診日		検診費用						
		<input type="checkbox"/> 子宮体がん <input type="checkbox"/> HPV検査	〇〇クリニック		4 月 10 日		5,500 円						

【注意事項】 ※保険診療（3割自己負担）による領収書は対象外です。

## ●対象者及び補助金額

- 被保険者、被扶養者：乳がん（30歳以上）、子宮がん（20歳以上）。
- 補助額は上限が、乳がん 4,000円、子宮がん 4,000円とし、それ未満の場合は実費を支給。
- 医療機関受診に限る（自治体による医療機関での検診も対象）。
- 人間ドック受診者は、出来るだけドックの際に同時受診してください。

## ●申請方法

- 申請書と領収書（原本）、医療費明細書に検査方法が記載されたものを添付。
- 受診期間（4月～翌年3月）申請は年1回限り。
- 申請書提出は3月20日厳守（健保の会計年度上、締切日を過ぎたものは受付できません）。
- 受診日に加入資格がない場合は申請できません。

※この用紙は各事業所の健保窓口もしくは健康保険組合へ提出してください。

裏面に領収書を貼ってください。



健 保 記 入 欄	常務理事	事務長	担当者	補助額
				乳がん 円
備考				子宮がん 円

健保受付印