

婦人科がん検診 個人での受診および補助金申請方法

(被扶養者(配偶者)用)※

※被保険者の収入によって生活している配偶者

■婦人科がん検診

対 象 者	被扶養者(配偶者)のうち希望者(年齢制限はありません。)											
受診回数	1年間(4月1日～翌年3月31日)のうち1回											
費用負担	<table><tr><td>受診項目</td><td>健保負担</td><td>個人負担</td></tr><tr><td>子宮がん検診</td><td>6,000 円まで</td><td>上限(6,000 円)を超えた金額</td></tr><tr><td>乳がん検診</td><td>7,000 円まで</td><td>上限(7,000 円)を超えた金額</td></tr></table>			受診項目	健保負担	個人負担	子宮がん検診	6,000 円まで	上限(6,000 円)を超えた金額	乳がん検診	7,000 円まで	上限(7,000 円)を超えた金額
	受診項目	健保負担	個人負担									
	子宮がん検診	6,000 円まで	上限(6,000 円)を超えた金額									
	乳がん検診	7,000 円まで	上限(7,000 円)を超えた金額									
子宮がん検診と乳がん検診をセットで受診されて、領収書に内訳の記載がない場合は、13,000 円まで補助します。(上限を超えた金額は個人負担となります。)												
受診方法	受診されたい健診機関等に検査項目、受診費用等をご確認のうえ、ご自身で予約してください。 (健診機関等の指定はありません。当健康保健組合への事前申請などは必要ありません。)											
注意事項	・マイナ保険証や資格確認書等利用した保険診療をせずに窓口で全額を支払い、領収書を受け取ってください。領収書は受診者本人名で発行してもらってください。(保険診療の場合、補助の対象にはなりません。) ・レディースドック等、人間ドック料に婦人科がん検診料金が含まれ、領収書に人間ドックと婦人科がん検診の内訳の記載がない場合は、人間ドックのみの受診として補助金の精算を行います。 ・人間ドックの費用補助は、40歳以上の方(年度内に40歳に達する方も含む)のみ対象となります。 ・次の検査項目を含むがん検診の費用について補助します。 <u>子宮がん検診</u>: 原則として、子宮頸部細胞診検査を含む検診 <u>乳がん検診</u>: 原則として、乳房エックス線検査(マンモグラフィ)・超音波検査を含む検診 ・受付業務委託先ウィーメックス㈱※を利用して受診した場合、その領収書(原本)での補助金申請はできませんのでご注意ください。(窓口でのお支払い時点で、健保の補助額を引いた個人負担分の領収書であるため) ※ウィーメックス㈱からの健康診断のご案内は、40 歳以上の配偶者のみに緑色の封筒でお送りしております。 ・市区町村が実施している婦人科がん検診を受診し個人負担が発生した場合でも申請できます。 ・市区町村の集団検診で領収書に受診者名の記載がない場合は、追記を依頼してください。											
申請書類	①婦人科がん検診補助金申請書 (受診年度用を使用: 申請書は毎年更新) ②領収書(原本)※子宮がん検診・乳がん検診の記載が無い場合は、検査項目が記載されている診療明細書も添付。 ③結果報告書(コピー可)※健診機関で結果報告が書面ではなく口頭で説明を受けられた方は、補助金申請書の検診結果欄を記入してください。 ※申請書等一式をホッチキスでとめてください。 ※申請書類が揃っていない場合、補助の対象とならない場合がありますのでご注意ください。											
提出先	YKK健康保険組合(〒938-8601 富山県黒部市吉田 200)											
その他	毎月10日までに送りいただいた分を、月末に被保険者の経費口座に振り込みいたします。 ※申請書締切日(前年度受診分まで申請できます。) 2025 年度受診分(2025 年 4 月 1 日～2026 年 3 月 31 日受診分)は、2027 年 4 月 10 日まで申請できます。それ以降に届いた分は申請できませんのでご注意ください。											

2025 年度用

PD

秘

CONFIDENTIAL

申請書類一式をホッチキスでとめてください。

消えるペン（シャープペンシル、フリクションインクペンなど）で記入しないでください。

《提出先およびお問合せ先》 YKK健康保険組合 〒938-8601 富山県黒部市吉田200
TEL: (外線) 0765-54-8650
FAX: (外線) 0765-57-0326
ホームページアドレス: <https://www.kenpo.gr.jp/ykk/>

婦人科がん検診補助金申請書

(被扶養者(配偶者)個人用) ※被保険者の収入によって生活している配偶者

私は記入した個人情報(結果報告書含む)を、YKK健康保険組合が補助金の精算処理およびがん検診の結果に基づく受診勧奨事業に利用することに同意して申請します。

提出日: 年 月 日

※受診日時点の被保険者等記号・番号を記入してください。		受診者氏名		⑩ 自署でない場合は必ず押印してください
記号	番号(枝番記入不要)			
生年月日	西暦 年 月 日	電話番号		
区分	※いずれかに○をつけてください 一般被扶養者 ・ 任意継続被扶養者			
検診種目	受診日		健診機関名	
(申請する種目に をつけてください)	子宮がん	西暦 年 月 日		
	乳がん	西暦 年 月 日		

チェックリスト

申請書を提出する前に必ずご確認ください。(すべての項目が「はい」になっていなければ健保組合からの補助が受けられない場合があります)

◆申請書類について

確認項目	回答	
・受診日時点の被保険者等記号・番号を記入しましたか。	はい	いいえ
・領収書の宛名は、受診者本人名ですか。※会社名での発行は不可	はい	いいえ
・領収書に、子宮がん検診・乳がん検診の記載がありますか。 ※ない場合は、検査項目が記載されている診療明細書も添付	はい	いいえ
・保険診療をせずに窓口で全額支払いましたか。 (保険診療の場合、補助の対象にはなりません。)	はい	いいえ
・申請書類は揃っていますか。(申請書、領収書原本、結果報告書(コピー可)※)	はい	いいえ
・申請書の提出先は確認しましたか。(申請書上参照)	はい	いいえ

※健診機関で結果報告が書面ではなく口頭で説明を受けられた方は、以下の当てはまる検診結果に○をご記入ください。

検診種目	検診結果		
子宮がん	異常なし	要精密検査や要医療	その他()
乳がん	異常なし	要精密検査や要医療	その他()

YKK健康保険組合
家