

婦人科検診(子宮がん・乳がん)補助金申請書

対象者⇒ 20歳以上の女性である被保険者及び被扶養者
(対象年齢は、実施年度における年度末時点の満年齢)

【任意継続者用】

令和 年 月 日

| | | | |
|------------------|-------|--------|--|
| 健康保険証 記号 - 番号 | 999 — | 被保険者氏名 | |
|------------------|-------|--------|--|

下記のとおり、婦人科検診補助金を交付願いたく申請します。

No. _____

| 受検者氏名 | | | 補助金額 | ※ 円 | |
|-----------------------------------|--------------|-------------------|--------------|-------|----------|
| 生年月日 | S・H | | 被保険者 との続柄 | 本人・家族 | |
| 支払った金額 | 子宮がん | 円 | 実施年月日 | 令和 | 年 月 日 |
| | 乳 が ん | マンモグラフィ (乳房X線) | 円 | 実施年月日 | 令和 年 月 日 |
| | | エコー検査 (超音波) | 円 | 実施年月日 | 令和 年 月 日 |
| 実施機関名 | | | | | |
| 振込口座 <small>(ゆうちょ銀行以外)</small> | 金融機関名 | 銀行 | | 支店 | |
| | 種別・口座番号 | 普通 | No. _____ | | |
| | フリガナ 口座名義 | | | | |

※補助金額の欄は健保組合使用欄のため記入しないでください。

*希望口座は、必ず被保険者名義をお願いします。

【添付書類】 領収書(原本)・・・受検者氏名・検診種別・種別金額記載<必須>

↳ 子宮がん・乳がんマンモグラフィ・乳がんエコーの記載なしの場合・・・検診結果(写)添付
↳ <例>子宮がん3,000円/マンモグラフィ3,000円/乳がんエコー2,000円

【補助対象外】 ① 保険診療で受けた検査
② 視触診による乳がん検診

【補助金額】 子宮がん検診 1,000円上限
マンモグラフィ(乳房X線) 1,000円上限
エコー(超音波)検査 1,000円上限

* 注意事項 * 検診当日、当健康保険組合の被保険者、被扶養者資格を有していない場合は補助対象外です。

静岡県中部機械工業健康保険組合 理事長 様

健保受付印