

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 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 (ゆうちょ銀行以外)	金融機関名	銀行 支店 信用金庫			
	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、必ず被保険者名義でお願いします。

【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

【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。

健保受付印

静岡県中部機械工業健康保険組合 理事長 様