

常務理事	事務長	担当者

健診結果 回収
令和 年 月 日済

利用費用額	円	
控除額	☐ 乳がん	△1,000円
	☐ 子宮がん	△1,000円
差引額	円	
健保助成金額	円	

婦人科検診利用報告及び補助金支給申請書

被保険者等 記号番号				利用者名			
記号番号が分からない場合は マイナンバーを記入してください							
生年月日	年 月 日		年 齢	検診項目に○ 乳がん・子宮がん			
受診 状 況	利用年月日	令和 年 月 日					
	医療機関名						
	所在地						
	利用費額						

上記の通り、婦人科検診を利用しましたので、領収書及び健診結果を添えて、補助金の支給を申請します。

被保険者 郵便番号 ー
住所
氏名

尚、上記金額は、下記口座に振りこみ願います。

銀行名	銀行・金庫			本店・支店	
名 義 (カタカナ)		1. 普通 2. 当座	口座番号		

※ 必ず、被保険者(請求者)の名義であること。

事業所名	令和 年 月 日				
代表者名					

- 注意事項
- 検診該当者は被保険者とし子宮がん・乳がん検診を各年度間1回とする。
 - 検診項目については次に定めた項目とする。
乳がん検診 (触診・X線・超音波)
子宮がん検診 (子宮頸がん・子宮体がん)
 - 受診医療機関については指定はありません。
 - 検診を受けた医療機関の領収書原本及び健診結果写しは必ず添付すること。
※領収書は検診項目が確認できるものとする。
 - 補助金は次の範囲で支給する。
各検診の費用から1,000円を控除した額を全額助成する。
 - 年度間の「人間ドック利用補助金」との併用は不可とする。