婦人科検診補助金請求書

定期健診を受診する被保険者の方で婦人科検診を受けられる方に上限8,000円までを補助しています。

《支給の対象となる検診》 20歳から34歳まで子宮がん検診。35歳以上は乳がんと子宮がん検診

《支給の対象となる検査》 乳がん検診：マンモグラフィ検査・乳房超音波検査・乳腺視触診検査

子宮がん検診：子宮がん細胞診検査・HPV検査

《支給対象外》 人間ドック受診者・定期健診を受診しない方・健康保険証を使つての検査等

・腫瘍マーカーのみ実施の場合

《補助金請求方法》 ①補助金請求書②領収書③健診結果の写し 左記3点を纏めて請求してください。

事業所名		保険証 記号番号		
氏名		所属部課店の 電話番号	() -	
生年月日		定期健診の受 診(予定)日	令和 年 月 日	
検診の種類	受診病院名	受診年月日	支払金額	補助金額(組合使用欄)
乳がん検診 ・マンモグラフィ ・乳房超音波		令和 年 月 日	円	円
・子宮がん検診		令和 年 月 日	円	円
		支払金額合計	円	円

※乳がん検診についてはマンモか超音波かに○をつけてください。提出する領収書に乳がん・子宮がん検診以外の追加された検診費用が含まれていても構いません。