

婦人科検診補助申請書（単独）

申請日 令和 年 月 日

会社名				事業所名			
社員番号				被保険者氏名			
記号		番号		受診者氏名 （※20歳以上対象）		続柄	

検査項目名		受診 ○	領収書金額	受診日						
乳がん	マンモ		¥ -	令和		年		月		日
	エコー		¥ -	令和		年		月		日
子宮頸がん（細胞診）			¥ -	令和		年		月		日

補助金額（健保記入欄）	¥ -	支払日				
		令和		年		月

（任意 記入 欄等）			銀行 信金・信組 労金・農協			支店 出張所
	銀行コード			支店コード		
	普通				(フリガナ)	

※領収書（原本）を添付してください。【領収書（写し）に補助金額を記入後、お渡しします。】

※補助対象は、実施年度（4月～翌3月）ごとに 各項目1回です。

※保険診療での受診は対象外です。補助申請は自費で受診してください。

※実施年度内に人間ドックや定期健診のオプションで受診をした方は対象外です。

やむを得ない理由で人間ドックや定期健診時に受診できなかったときは補助の対象とします。

※乳がん検診については、マンモ・エコーの両方を受診した場合は、金額の高い方のみを補助の対象とします。

※検診料金5,000円を限度とし、自己負担額1,000円を除く金額を補助いたします（上限4,000円補助）