

●紛失防止のため添付書類は補助金申請書左上にホチキスでとめてください。

※健保 使用欄	支給年月日				
	年	月	日		
	子宮頸がん検診				円
	乳がん検診				円
	補助金合計				円

※健保使用欄				
常務理事	事務長	係員	係員	担当

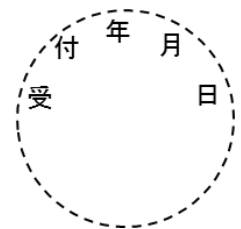
列の挿入や削除、入力項目以外への文字の追加や削除は行わないでください。

婦人科検診補助金申請書

①被保険者記号・番号 ※枝番不要	—	②被保険者氏名	
③受診した健診機関名			
④婦人科検診項目 ※受診した検査名へチェックを付けてください	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診(子宮頸部細胞診) <input type="checkbox"/> 乳がん検診(マンモグラフィ) <input type="checkbox"/> 乳がん検診(エコー検査) <input type="checkbox"/> 乳がん検診(マンモグラフィ+エコー検査) ※マンモ・エコー両方受けた場合補助は一方のみです。		保険診療で受けた検査、対象検査以外の検査は補助金の対象外です。
⑤必要書類 ※チェックを付けてください	領収書	健診結果紙	注意事項
	<input type="checkbox"/> 領収書(原本) <small>※宛名は受診者名であること</small>	<input type="checkbox"/> 健診結果 <small>※コピー可</small>	領収書について ・受診日が記載されているもの。 ・子宮頸がん検診、乳がん検診(マンモグラフィ又はエコー検査)それぞれの料金が記載されているもの。

《提出先》所属会社の社会保険事務担当者

・任意継続被保険者の方は、健保へ送付してください。



《提出期限》1月第2金曜日必着

- ・受診期間は、4月1日～12月31日迄です。受診後はすみやかに補助金申請を行ってください。
- ・在籍期間中の補助金の受領については、事業主経由(給与支給)となります。
- ・任意継続被保険者の方は、当健保に登録された口座へ直接振込みます。