

保険証番号 _____

被保険者名 _____

連絡先電話番号 _____

婦人科検診費用申請書
(任意の医療機関での立替払い受診用)

検 診 機 関 名				
検 診 受 診 日		令和 年 月 日		
検 診 項 目	対 象 年 齢	補助限度額/人：税込	申請金額	※補助決定額
子宮頸がん検査	20歳以上	5,500円	円	円
乳がん検査（超音波）	30歳以上 39歳以下	5,500円	円	円
乳がん検査 （マンモグラフィー）	40歳以上	5,500円	円	円
申請合計金額			円	円

- ① 婦人科検診受診の領収書等、受診者名・支払金額・検査内容が確認できる書類（原本）を添付して申請してください。
- ② 保険診療（3割の自己負担）で婦人科検診を受けた場合は、補助金の対象外となります。
- ③ 市区町村が実施する検診等を受診され、自己負担額が発生した場合も補助金の対象となります。
- ④ それぞれ年度内に1回の補助となります。
- ⑤ 提出期限は、各年度の3月10日までに健保組合必着でお願いします。

* 補助決定額は記入しないでください。

補助金振込先（必ず被保険者の口座を指定願います。口座名はカタカナで記入してください）

金融機関名	支店名	種別	口座番号	被保険者の口座名
		普通・当座		

健保記入欄

健康保険組合負担額	支給決定額
円	円