

女子被保険者特別健診補助金申請書

※ご家族の健診は補助の対象外です

係	事務長	常務理事

【注1】 ①乳がん、②子宮がん、③卵巣がん健診の費用を合算して年間30,000円(税込)までの受診費用が補助されます。
なお、検査方法の限定はありません。

【注2】 まとめて1回の申請が条件となります。2回目以降は補助ができませんので、ご注意ください。

※健診の際は、健康保険を使用できません。

				申請日	西暦 年 月 日		
被保険者等 記号・番号	記号		番号	被保険者の氏名			
被保険者の 現住所	〒				連絡先		
被保険者の 生年月日	西暦 年 月 日			会社名 所属	所属		

健診項目	検査方法(✓をつける)	受診日	健診機関名	健診費用(税込)
☐ 乳がん	☐ 視触診 ☐ マンモグラフィー ☐ 超音波検査 ☐ 他()			円
☐ 子宮がん	☐ 内診 ☐ 子宮細胞診 ☐ 超音波検査 ☐ コルポスコピー ☐ 他()			円
☐ 卵巣がん	☐ 超音波検査 ☐ 腫瘍マーカー ☐ 他()			円
☐ その他	☐ 診察料(初診料・再診料等) ☐ 他()			円
☐ 婦人科ドック (コース受診)	上記検査内容に準じた健診が対象			円
合 計	健診費用を全額自己負担された場合に補助の対象となります。保険診療扱い(3割自己負担)で受診された場合は、補助の対象となりません。			円

↑ 合計は必ずご記入下さい。

【申請書類】

- ①女子被保険者特別健診補助金申請書
- ②領収書原本(乳がん・子宮がん・卵巣がん検査費用であることが判明できるもの)
※健診日・受診者氏名・健診名・健診費用・受診機関名・領収印が記載されていないもの
や原本以外は受付できませんので、ご了承ください。原則、返却することはできません。
- ③振込先指定書
※任意継続者のみ(在職者は給与支給するため提出不要です)

健保受付日

【注意事項】

- 健康保険を使用して、健診が保険診療の扱いとなった場合は、補助の対象となりません。
- 申請前に、全額自己負担である(3割負担でない)ことを必ず「領収書」でご確認ください。
- 申請は、1年度に1回です。それぞれの健診を別々に受診される方は、全ての健診終了後、まとめて1回で申請してください。
- 請求期限は、健診年度(4月～翌年3月)終了後の4月20日(休日の場合は前日)健保保管までです。期限を過ぎますと、受付できませんのでご注意ください。

◎健保処理欄(5-1-4-6)

補助額(上限30,000円)	支払日
円	西暦 年 月 日

※任意継続者のみ提出して下さい
(在職者は給与支給するため提出不要です)

振込先指定書

被保険者の	記 号	20	番 号		被保険者の氏名	
-------	-----	----	-----	--	---------	--

▼補助金の振込について、下記口座へお願いします。

銀行名	☐ 銀行 ☐ 農協 ☐ 信金 ☐ 労金 (金融機関コード:)	支店名	☐ 本店 ☐ 支店 (支店コード:)
口座種別	☐ 普通 ☐ 当座	口座番号	
口座名義 (被保険者名義)	※カタカナでご記入ください		

(注意)

- 1.振込先は、**被保険者名義**の金融機関(銀行・信金・農協・労金)を指定してください。
- 2.口座名義は**カタカナ**で記入してください。