

# 《記入例》

案内や注意事項を必ずお読みのうえ、申請してください。

JSR健康保険組合 御中

## 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、健康保険証を使用できません。

申請日		西暦 ****年*月*日 ※2	
被保険者証 記号・番号	記号 ※1 * 番号 ※1 ****	被保険者の氏名	健保 花子 ※3
被保険者の 現住所	〒 ***-**** 三重県四日市市〇〇町××番地		連絡先 内線 ***-****
被保険者の 生年月日	西暦 ****年*月*日	会社名 所属	〇〇〇(株) ※4 Y****

健診項目 ※5	検査方法(✓をつける) ※5	受診日	健診機関名	健診費用(税込) ※6
<input checked="" type="checkbox"/> 乳がん	<input type="checkbox"/> 視触診 <input type="checkbox"/> マンモグラフィ <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> 他( )	****/4/5	〇〇外科	5,100 円
<input checked="" type="checkbox"/> 子宮がん	<input type="checkbox"/> 内診 <input type="checkbox"/> 子宮細胞診 <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> コルポスコピー <input type="checkbox"/> 他( )	****/4/15	××産婦人科	8,600 円
<input checked="" type="checkbox"/> 卵巣がん	<input checked="" type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー <input type="checkbox"/> 他( )	****/4/15	××産婦人科	8,150 円
<input checked="" type="checkbox"/> その他	<input checked="" type="checkbox"/> 診察料(初診料・再診料等) <input type="checkbox"/> 他( )		〇〇外科 ××産婦人科	2,800 円
<input type="checkbox"/> 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。保険証で受診された場合は、補助の対象となりません。			24,650 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】

- ・保険証を使用して、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)健保区分までです。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

領収書に、健診名の記載のないものは、受付できませんので、よくお確かめのうえ、原本を提出して下さい。

#### ※1

保険証を見て記入して下さい。

#### ※2

健保組合へ申請する日を記入して下さい。

#### ※3

印刷後、押印を忘れずに。(シャチハタ可)  
会社で旧姓を使用している場合は、保険証と同じ氏名に修正して下さい。

#### ※4

任意継続者は「任継」と記入して下さい。  
テレNoが無い場合は「-」を記入して下さい。

#### ※5

受診項目にチェックして下さい。

#### ※6

健診内訳・書き方が不明の場合は空欄のままです。  
但し、合計額は必ずご記入下さい。