

常務理事	事務長		係

<記入例>

日本国土開発健康保険組合 御中

婦人科検診補助金申請書

◆申し込みの前にご確認ください◆
①補助対象者は、受診日時点において日本国土開発健康保険組合に加入している被保険者・被扶養配偶者となります。
②自治体(市区町村)実施のがん検診を受けた場合の自己負担額も補助対象となります。
③乳がん・子宮頸がん検診を別日で受診された場合は、申請は別々にしていただいて構いません。
④「支給限度額」を超過した場合は、超過費用をご請求いたします。
⑤保険診療(保険証を使用して受診)の場合は、補助支給対象外となります。

記号-番号	〇〇 - 〇〇〇〇	被保険者氏名	健保 太郎		
受診者氏名	健保 花子		続柄	☐ 被保険者 ・ ☒ 被扶養配偶者	
受診者生年月日	昭和・平成 ▽▽ 年 ▽ 月 ▽ 日		請求金額	10,000 円	
受 診 日	令 和 □ 年 □□ 月 □ 日		受診時の年齢	48 歳	
【補助対象者・補助内容】					
補助内容	対象者：年齢制限あり		対象検査項目	支給限度額(税込)	
乳 が ん	受診時年度内に 40 歳以上に該当する被保険者および被扶養配偶者		・視触診・マンモグラフィー ・乳腺超音波	5,000 円	
子宮頸がん	受診時年度内に 20 歳以上に該当する被保険者および被扶養配偶者		・内診・子宮頸部細胞診 ・経腔超音波	5,000 円	
【検 査 項 目】					
1. 今回受診した検査にチェックをしてください。 ☒ 乳 が ん (☐ 視触診 ・ ☒ マンモグラフィー ・ ☐ 乳腺超音波) ☒ 子宮がん (☒ 内 診 ・ ☒ 子宮頸部細胞診 ・ ☐ 経腔超音波)					
2. 同年度内に、人間ドックのオプション検査で既に受診済みのものがあれば、チェックをしてください。 ☐ 乳 が ん (☐ 視触診 ・ ☐ マンモグラフィー ・ ☐ 乳腺超音波) ☐ 子宮がん (☐ 内 診 ・ ☐ 子宮頸部細胞診 ・ ☐ 経腔超音波)					
①「婦人科検診結果表」のコピー ②「領収書(原本)」ただし、各検診の料金明細 ③自治体(市区町村)実施のがん検診を受けた場合(自治体領収書・案内等)を必ず添付してください。 *①は、個人情報の観点から保健事業以外の目的には利用しません。					

同年度内に人間ドックや巡回レディース健診で同じ検査を受けている場合には、既に補助が出ていますので、改めてのご申請は不要です。給付後に同じ検査を受診されていた事が判明した場合には、重複した分の給付金を返還請求いたします。

※退職予定の方は、補助金振込口座を記入してください。	銀行・金庫		店・支店	
	☐ 普通 ・ ☐ 当座	口座番号No.	フリガナ	
			口座名義	
【健保組合処理欄】				
資格確認	資格喪失日	補		
☐ 可 ・ ☐ 否	令和 年 月 日		円	令和 年 月 日

退職予定の方や任意継続保険の方はご記入ください。