

|      |    |    |   |
|------|----|----|---|
| 常務理事 | 課長 | 係長 | 係 |
|      |    |    |   |

令和 年度 乳がん・子宮頸がん検診補助金支給申請書

東和銀行健康保険組合理事長 殿

下記のとおり、検診を受診しましたので「補助金」を申請します。

申請日: 令和 年 月 日

|                         |                |  |    |    |          |      |            |      |
|-------------------------|----------------|--|----|----|----------|------|------------|------|
| 被保険者証                   | 記号             |  | 番号 |    | 被保険者名    |      |            |      |
| 受診者名                    |                |  |    | 続柄 |          | 生年月日 | (西暦) 年 月 日 | ( 歳) |
| 項目                      | 検査方法           |  |    |    | 受診年月日    |      | 費用         |      |
| □ 乳がん                   | □ マンモグラフィ検査    |  |    |    | 令和 年 月 日 |      | 円          |      |
|                         | □ 乳房超音波検査      |  |    |    |          |      |            |      |
| □ 子宮頸がん                 | 子宮頸部細胞診(医師採取法) |  |    |    | 令和 年 月 日 |      | 円          |      |
| ※該当する項目・検査方法に☑をつけてください。 |                |  |    |    |          | 合計金額 |            | 円    |
|                         |                |  |    |    |          | 申請金額 |            | 円    |

【注意事項】

- 1. 人間ドックの基本検査項目に含まれる乳がん検診・子宮頸がん検診は補助対象外です。
- 2. 補助金支給の上限は、乳がん検診5,000円、子宮頸がん検診3,000円です。  
検診費用が上限額に満たない場合は、実費額とします。
- 3. 補助の申請は年度につき1人1回です。申請期間は当年4月から翌年2月までです。
- 4. 乳がん検診の補助対象は、マンモグラフィ検査または乳房超音波検査のどちらか一方です。  
任意で両方を受診した場合は、高額な一方のみを支給限度額の範囲内で補助します。  
両方がセットになっている場合は費用の半額を支給限度額の範囲内で補助します。
- 5. 保険証を使用して受診された検査は補助対象外です。
- 6. 提出書類について
  - ①乳がん・子宮頸がん検診補助金支給申請書
  - ②領収書(原本)  
領収書に検査方法の明記がない場合は診療明細書等、確認できるものを必ず添付してください。
  - ③検診結果の写し  
検診結果の写しが添付できない場合は健康保険組合までご連絡ください。