

年度内 34 歳以下の方の補助金請求書です

|    |  |  |
|----|--|--|
| 乳房 |  |  |
| 子宮 |  |  |

## 婦人科検診補助金請求書

|             |         |          |
|-------------|---------|----------|
| 被保険者証の記号・番号 | 事業所名    |          |
| —           |         |          |
| 被保険者氏名      | 被保険者の住所 |          |
|             | 〒       |          |
| 受診者氏名       | 生年月日    | 被保険者との続柄 |
|             | 年 月 日   | 本人 ・ 家族  |

|                              |       |        |
|------------------------------|-------|--------|
| 下記の項目について補助金を請求します。(該当の番号に○) |       |        |
| 1. マンモグラフィ                   | 検診日   | 実施機関名  |
|                              | 年 月 日 |        |
|                              | 検査費用  | ※健保記入欄 |
| 2. 乳腺超音波<br>※いずれか1検査         | 円     | 円      |
|                              | 検診日   | 実施機関名  |
|                              | 年 月 日 |        |
| 3. 子宮頸部細胞診                   | 検査費用  | ※健保記入欄 |
|                              | 円     | 円      |
|                              | 検診日   | 実施機関名  |
|                              | 年 月 日 |        |

- 【注意】 1. 補助金を請求する項目に○の記載がない場合は審査の対象となりません。  
2. ○をした項目の健診費用（消費税込）も必ずご記入ください。

### 【添付書類】

- ◎健診機関発行の領収書の原本（請求書の裏面に糊付けしてください。）  
領収書に「検査項目」と「その項目ごとの金額」を記載してもらってください。  
（記載がなく、正当な理由がない場合は補助の対象となりません。）

「乳がん検診」等の検診種別ではなく、「マンモグラフィ」等の検査項目の記載が必要です。

### 【請求に関する注意事項】

婦人科検診の請求ができるのは、年度内 34 歳以下の方が婦人科検診を受診した場合のみです。  
年度末時点で 35 歳以上の方は婦人科検診単独での請求はできません。

※健保記入欄

|             |   |             |   |    |
|-------------|---|-------------|---|----|
| 補助額<br>(乳房) | 円 | 補助額<br>(子宮) | 円 | 備考 |
|-------------|---|-------------|---|----|

※欄は記入しないでください。

請求期限は 受診年度の翌年度 5 月末日健保組合に必着 です。

## 婦人科検診の補助金請求について

健診の予約（実施）の前に「健康診査等補助金支給規程」と「婦人科検診実施細則」をご一読ください。

◇ 下記事項についてご確認のうえ、補助金の請求をしてください。

|          |   |         |        |         |   |       |         |   |                  |         |   |         |         |   |         |         |   |       |         |   |         |         |
|----------|---|---------|--------|---------|---|-------|---------|---|------------------|---------|---|---------|---------|---|---------|---------|---|-------|---------|---|---------|---------|
| 健診実施時の注意 | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 年度内 34 歳以下であること。</li> <li>2. 日本国内の健診機関であること。</li> </ol>   |         |        |         |   |       |         |   |                  |         |   |         |         |   |         |         |   |       |         |   |         |         |
| 請求書の記入要領 | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 太線枠内をすべて記入すること。</li> <li>2. 請求する項目の番号に○をし、その費用を記入すること。<br/>※○が記載されていない項目は補助金の審査を行いません。<br/>※マンモグラフィ・乳腺超音波はいずれか 1 項目の請求となります。</li> </ol>   |         |        |         |   |       |         |   |                  |         |   |         |         |   |         |         |   |       |         |   |         |         |
| 添付書類     | <p>健診機関発行の領収書の原本で下記の記載があるもの。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>① 検査項目</li> <li>② その項目ごとの金額<br/>(記載がなく、正当な理由がない場合は補助の対象となりません。)</li> </ol> <p>■領収書についてご注意ください■<br/>領収書には「乳がん検診」等の検診種別ではなく、「マンモグラフィ」等の検査項目の記載が必要です。</p> <p>&lt;領収書 記載例&gt;</p> <table border="1" data-bbox="454 1093 893 1254"> <tr><td>×</td><td>子宮がん検診</td><td>3,300 円</td></tr> <tr><td>×</td><td>乳がん検診</td><td>5,500 円</td></tr> <tr><td>×</td><td>婦人科検診 (乳がん・子宮がん)</td><td>8,250 円</td></tr> </table> <p style="text-align: center;">➡</p> <table border="1" data-bbox="986 1093 1425 1254"> <tr><td>○</td><td>子宮頸部細胞診</td><td>3,300 円</td></tr> <tr><td>○</td><td>マンモグラフィ</td><td>5,500 円</td></tr> <tr><td>○</td><td>乳腺超音波</td><td>4,400 円</td></tr> <tr><td>○</td><td>子宮頸部細胞診</td><td>3,850 円</td></tr> </table> | ×       | 子宮がん検診 | 3,300 円 | × | 乳がん検診 | 5,500 円 | × | 婦人科検診 (乳がん・子宮がん) | 8,250 円 | ○ | 子宮頸部細胞診 | 3,300 円 | ○ | マンモグラフィ | 5,500 円 | ○ | 乳腺超音波 | 4,400 円 | ○ | 子宮頸部細胞診 | 3,850 円 |
| ×        | 子宮がん検診  | 3,300 円 |        |         |   |       |         |   |                  |         |   |         |         |   |         |         |   |       |         |   |         |         |
| ×        | 乳がん検診   | 5,500 円 |        |         |   |       |         |   |                  |         |   |         |         |   |         |         |   |       |         |   |         |         |
| ×        | 婦人科検診 (乳がん・子宮がん)  | 8,250 円 |        |         |   |       |         |   |                  |         |   |         |         |   |         |         |   |       |         |   |         |         |
| ○        | 子宮頸部細胞診   | 3,300 円 |        |         |   |       |         |   |                  |         |   |         |         |   |         |         |   |       |         |   |         |         |
| ○        | マンモグラフィ   | 5,500 円 |        |         |   |       |         |   |                  |         |   |         |         |   |         |         |   |       |         |   |         |         |
| ○        | 乳腺超音波   | 4,400 円 |        |         |   |       |         |   |                  |         |   |         |         |   |         |         |   |       |         |   |         |         |
| ○        | 子宮頸部細胞診   | 3,850 円 |        |         |   |       |         |   |                  |         |   |         |         |   |         |         |   |       |         |   |         |         |
| 補助金支給方法  | <p>この請求による補助金は、事業所を經由して支払います。<br/>(任意継続被保険者は指定口座に直接振り込みます。)</p>   |         |        |         |   |       |         |   |                  |         |   |         |         |   |         |         |   |       |         |   |         |         |
| 補助金支給制限  | <p>次のいずれかに該当する場合は、補助の対象となりません。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 受診日に組合員資格を有していない。</li> <li>2. 受診する年度内（4 月 1 日から翌年 3 月 31 日）に年齢が 35 歳以上。</li> <li>3. 同年度内（4 月から翌年 3 月）に各婦人科検診を受診し補助を受けている。</li> <li>4. 請求期限（翌年度 5 月末日健保必着）を過ぎて提出されている。</li> <li>5. 添付書類に不備がある。</li> </ol>   |         |        |         |   |       |         |   |                  |         |   |         |         |   |         |         |   |       |         |   |         |         |

☆ 添付の「領収書」を再度ご確認ください。（下記事項がない場合は補助の対象となりません。）

| 確認項目                 | ☑ チェック欄 |
|----------------------|---------|
| ① 受診者の氏名（会社名のみは不可）   | □       |
| ② 「検査項目」と「その項目ごとの金額」 | □       |

※当組合の『個人情報保護について』はウェブサイトをご覧ください。