

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	
3333 - 5555	〇〇株式会社	
被保険者氏名	被保険者の住所	
〇〇□子 (印)	〒〇〇〇 - △△△ 京都府〇〇区△△町 〇-〇-〇	
受診者氏名	生年月日	被保険者との続柄
〇〇□子	昭和 平成 55年 11月 22日	本人・家族

乳房検査	検診日	実施機関名	
	平成 24年 5月 18日	〇〇クリニック	
	検査項目	検査費用	健保記入欄 ※
	視触診・エコー・マンモグラフィー (検査項目を○で囲んでください。)	4,200 円	円

◎乳房検査は上記検査項目のうちいずれか1検査（ただし、視触診との併用は可）

子宮検査	検診日	実施機関名	
	平成 24年 5月 18日	〇〇クリニック	
	検査項目	検査費用	健保記入欄 ※
	子宮頸部細胞診	4,200 円	円

※欄は記入しないでください。

### 【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、「マンモグラフィー」等の検査項目の記載が必要です。

### 【注意】

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 (乳房)	円	補助額 (子宮)	円	備考	
-------------	---	-------------	---	----	--

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	1. 年度内 34 歳以下であること。 2. 日本国内の健診機関であること。																					
補助対象検査項目	1. 乳房検査 ※いずれか1検査。ただし、視触診との併用は可。 ① 視触診 ② 超音波（エコー） ③ X線（マンモグラフィー） 2. 子宮頸部細胞診																					
添付書類	健診機関発行の領収書の原本で下記の記載があるもの。 ① 検査項目 ② その項目ごとの金額 （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。）  <b>■領収書についてご注意ください■</b> 領収書には「乳がん検診」等の検診種別ではなく、「マンモグラフィー」等の検査項目の記載が必要です。  <領収書 記載例> <table border="1" data-bbox="454 1167 892 1326"> <tr><td>×</td><td>子宮がん検診</td><td>3,150 円</td></tr> <tr><td>×</td><td>乳がん検診</td><td>5,800 円</td></tr> <tr><td>×</td><td>婦人科検診（乳がん・子宮がん）</td><td>7,500 円</td></tr> </table>  <table border="1" data-bbox="984 1167 1425 1326"> <tr><td>○</td><td>子宮頸部細胞診</td><td>3,150 円</td></tr> <tr><td>○</td><td>マンモグラフィー</td><td>5,800 円</td></tr> <tr><td>○</td><td>乳房エコー</td><td>4,200 円</td></tr> <tr><td>○</td><td>子宮頸部細胞診</td><td>3,300 円</td></tr> </table>	×	子宮がん検診	3,150 円	×	乳がん検診	5,800 円	×	婦人科検診（乳がん・子宮がん）	7,500 円	○	子宮頸部細胞診	3,150 円	○	マンモグラフィー	5,800 円	○	乳房エコー	4,200 円	○	子宮頸部細胞診	3,300 円
×	子宮がん検診	3,150 円																				
×	乳がん検診	5,800 円																				
×	婦人科検診（乳がん・子宮がん）	7,500 円																				
○	子宮頸部細胞診	3,150 円																				
○	マンモグラフィー	5,800 円																				
○	乳房エコー	4,200 円																				
○	子宮頸部細胞診	3,300 円																				
補助金支給方法	この請求による補助金は、事業所を経由して支払います。 （任意継続被保険者は指定口座に直接振り込みます。）																					
補助金支給制限	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。 1. 受診日に組合員資格を有していない。 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。 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。 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。 5. 添付書類に不備がある。																					

☆ 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」	□

『個人情報』についての詳細はホームページをご覧ください。