

婦人科健診補助金申請書

大阪読売健康保険組合理事長殿

■申請者（被保険者）

申請期日	西暦 年 月 日			
フリガナ				
氏名				
勤務事業所 ※任意継続被保険者は記入不要				
保険証の記号・番号	記号		番号	
住所	〒 -			
連絡先	電話	-	携帯電話	-

■受診者

※乳がん健診はマンモグラフィーまたはエコーのいずれか一つになります。

氏名	生年月日	年齢	続柄	受診日	受診項目
	年 月 日				乳がん健診（マンモグラフィー）
					乳がん健診（エコー）
					子宮頸がん健診（子宮細胞診）
	年 月 日				乳がん健診（マンモグラフィー）
					乳がん健診（エコー）
					子宮頸がん健診（子宮細胞診）
	年 月 日				乳がん健診（マンモグラフィー）
					乳がん健診（エコー）
					子宮頸がん健診（子宮細胞診）

補助金申請額 [円]

※補助金の1人当たりの上限額は乳がん健診7,000円、子宮頸がん健診5,000円とする

※健診費用のみ申請してください（自治体補助の場合は自己負担額）。治療のための検査（保険診療）は補助の対象となりません。

■補助金振込先（被保険者名義）

銀行	本店 支店 出張所	公金口座を利用する場合は チェック
普通預金	口座番号	<input type="checkbox"/> 公金口座

<乳がん健診・子宮がん健診補助について>

1. 補助の対象者は被保険者と被扶養者で乳がん健診は30歳以上、子宮頸がん健診は20歳以上の方。
(年齢は4月1日時点)

※30歳以上の方は乳がん健診と子宮頸がん健診の両方受診できます。

受付印

2. 健保の補助は同一年度内、人間ドック・専門ドック、ベーシックドック、婦人科健診のいずれか1回です。重複受診分は自己負担となります。

3. 領収書または明細書には、次の5項目が記載されていること。

1) 受診者氏名 2) 健診内容 3) 受診年月日 4) 金額 5) 医療機関名及び印