健康保険組合		
常務理事	事務長	係　員

近畿日本鉄道健康保険組合理事長　殿

婦人科検診補助金申請書

下記のとおり婦人科検診を受診しましたので、補助金を申請します。

※なお、補助金の受け取りは事業主に委任します。（任意継続は除く）

健康保険被保険者証				被保険者氏名			
記号		番号					
受診者氏名		生年月日	昭和 平成 令和　　年　　月　　日		被保険者との続柄		
連絡先電話番号 （自宅または携帯）	―　　―						

検診受診医療機関名	
検　診　受　診　日	令和　　年　　月　　日
受　　診　　項　　目	子宮がん検診　　乳がん検診　　その他（　　）

① 検 診 受 診 料 金							円
②市町村等からの補助金							円
支 払 金 額 （ ① － ② ）							円

健康保険組合補助金申請額 （最高10，000円）							円

支払金額が　10，000円以上の場合は10，000円
10，000円未満の場合はその金額を記入

注意事項

1．この補助金申請書は「ハピルス健診」で人間ドック、特定健診等を受診後に婦人科検診を受診の際に、婦人科検診を受診せずにその後健診機関で受診した場合や「ハピルス」健診に掲載のない健診機関で受診する場合、もしくは市区町村が実施する検診を受診した場合に補助金を申請する申請書になります。

※ハピルス健診で婦人科検診をを受診した場合は、この申請書は**不要**です。

2．「ハピルス健診」に記載がない医療機関及びハピルス健診で人間ドック等を受診後に婦人科検診を受診した場合
　健診（医療）機関の窓口で、被保険者証を使用（提示）せず全額自己負担で検診を受けた場合のみ、補助金の対象となります。
　保険診療（3割の自己負担）で婦人科検診を受けた場合は、**補助金の対象外**となります。

3．市区町村が実施する検診等を受診した場合
　市区町村が発行しているクーポン券等を使用して検診を受けた場合で、自己負担が発生した場合も補助金の対象となります。
　（受診日が複数になったときは、それぞれの受診日と合算した金額を記入してください。）

※上記2・3、いずれの場合でも、婦人科検診受診の領収書等、受診者名・支払い金額・検査内容が確認できる書類（写し可）を、添付して申請してください。