

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 (検診を受診した者)		
記号	番号				
生年月日		昭和・平成	年	月	日
連絡先電話番号 (自宅または携帯)		— —			

勤務先名称	
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

- 健診(医療)機関等において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。
 - 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。
- ※上記1・2、いずれの場合でも、婦人科検診受診の領収書等、受診者名・支払い金額が確認できる書類(写し可)を、裏面に貼り付けて申請してください。