

任意継続被保険者用

乳がん検査・子宮がん検査補助金申請書

(1. 婦人科検査単独 (2. 地方自治体健診) ※該当の数字を○で囲んでください

※太枠内をご記入ください

保険証 記号番号	144 — 000000	被保険者氏名	健保 太郎			
住所	〒 000 — 0000 〇〇県〇〇市〇〇町1-1					
受診者	氏名	健保 愛子	生年月日	昭和 平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日 令和	続柄	妻
受診医療機関 もしくは自治体	〇〇市					
検査項目	乳がん検査 「乳房マンモグラフィまたは 乳腺超音波(エー)」	子宮がん検査 「子宮頸部細胞診」	※検査費用支払金額は、 受診者が窓口で支払った金額です			
受診日	〇〇月 〇〇日	〇〇月 〇〇日				
検査費用 支払金額	0,000 円	0,000 円				

令和〇〇年 〇〇月 〇〇日 提出

(注)

- 当補助金支給対象者は、30歳以上の被保険者および被扶養者です。
- 人間ドック、家族ドック、ファミリー健診を受診した方もしくは受診予定の方は当補助金の対象外となります。
- 当補助金は、乳がん検査・子宮がん検査に対するものであり、保険診療については適用外です。
- この用紙の裏面に受診項目と金額が確認できる領収書、証明書等をのり付けしてください。
- 補助金は当該年度（4月1日から翌年3月31日）を対象としています。
申請書は翌年度4月5日までに健保組合へご提出ください。

<例> 令和5年9月1日受診分の補助金申請書 ⇒ 令和6年4月5日健保必着

6. 補助金申請書の提出先

〒141-8634
東京都品川区大崎1丁目2-2 アートヴィレッジ大崎セントラルタワー
トピー健康保険組合

支出決定伺

決裁日		支給額 ¥	常務理事	事務長	係
執行日		(乳: ¥) (子: ¥)			