

令和7年度 乳がん検診・子宮頸がん検診補助金申請書

下記の項目についてご記入ください。申請書はコピーしてご利用ください。健保HPより印刷可能です。(ダウンロードし入力も可)

事業所記号	事業所名	事業所担当者名	連絡先電話番号
保険証番号	検診受診者氏名	生年月日	
		昭和 平成	年 月 日

乳がん検診 対象：40才以上被保険者 内容：乳房エックス線検査 (マンモグラフィ) * 補助対象外 視触診単独法 乳腺超音波検査(エコー) 保険診療での検査等	検 診 日	検診実施機関名
	令和 年 月 日	
	検 診 費 用	※健保記入欄 乳がん検診補助
	円	円
子宮頸がん検診 対象：20才以上被保険者 内容：子宮頸がん検査 (子宮頸部の細胞診及び内診) * 補助対象外 HPV検査・子宮超音波 子宮内膜癌検診 保険診療での検査等	検 診 日	検診実施機関名
	令和 年 月 日	
	検 診 費 用	※健保記入欄 子宮頸がん検診補助
	円	円
事業所領収書確認欄 下記のいずれかを囲んでください。 領収書原本提出 ・ 領収書コピー提出		コピーの場合□にチェック (レ点)を入れてください。 申請者の領収書 原本を確認しました ☐
		※健保記入欄 補助合計
		円
上記のとおり補助金の申請をいたします。 令和 年 月 日 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名		

【申請時の注意事項】

- 検診日に当健康保険組合の被保険者であることが条件です。
- 補助額は各上限1,000円です。但し検診費用が1,000円未満の場合は、検診費用の全額を補助します。
- 申請時は検診機関が発行した領収書を添付してください。領収書には下記内容が必要です。
 - ・受診者の氏名
 - ・受診内容(検診名の記載が必要です)
 - ・検診費用の記載、検診機関名※領収書はコピーで申請可ですが、原本確認欄にチェックが必要です。
- この申請書は、事業所経由で当健康保険組合にご提出ください。
- 保険診療で受診した場合は、補助対象外です。
- この申請により取得する個人情報とは、当組合の補助金支払事務以外に使用いたしません。

受付日付印

※補助は2年に一度です。令和6年度に補助を受けた検診については、
今年度の申請ができませんのでご注意ください。

静岡県トラック運送健康保険組合