

下記のとおり、領収書(原本)、検査結果票(コピー)を添付して請求いたします。

【A4両面印刷】

記入例

子宮がん検査補助金申請書(30歳以上の被保険者)

太枠の欄はボールペン等(消えるインク不可)を使用し、ご記入ください。

※健保記入欄

記号	番号	被保険者氏名(社員の方ご本人)	TEL 内線	日中の連絡先 (申請内容の問合せに使用)
10	1234	健保 一美		090-1111-9999
個人番号 (マイナンバー)				記号-番号を記入の場合、個人番号は不要です
会社名	株式会社 タムラ製作所		事業所名	〇〇〇事業所
生年月日	2000 年 9 月 5 日	所属部署名	〇△■G	
検診年月日	2025 年 5 月 3 日	検診日時点の年齢	24 歳	
検診機関名	大泉レディースクリニック		TEL	03-〇〇〇〇-××××
子宮がん検査費用	6,000 円	補助金額5,500円を上限とする実費です。		
検査内容 (実施検査項目に✓)	<input checked="" type="checkbox"/> 子宮頸がん検査 <input type="checkbox"/> 子宮体がん検査 <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> HPV検査 <input checked="" type="checkbox"/> 内診 <input type="checkbox"/> その他()			

受取代理人の欄	本請求に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。 被保険者(申請者) 氏名 健保 一美 【自署】		
	受取代理人(事業主) 住所 氏名	各事業所担当者が記入	
		委任者と代理人との関係 事業主	

※支給決定日		※支給年月日		※補助金 支 給 額		円
--------	--	--------	--	---------------	--	---

【対象者】

女性被保険者(受診年度4月1日現在資格を有する方)
※年齢基準日は年度末(3月31日)時点
※健保契約医療機関において子宮がん検査を受診していない方

【申請方法】

- 受診を希望する医療機関に受診の予約をする(医療機関の選択は自由、日本国内の医療機関に限る)
- 予約日に検査を受け、検査費用(全額)を医療機関に支払い、領収書を受け取る
- 医療機関から検査結果票を受け取る
- この「子宮がん検査補助金申請書」に必要事項を記入し、裏面に領収書原本と医療費明細書等(検査内容が明記されたもの。コピー可)を貼り付けし、検査結果票を添付して事業所を経由して健康保険組合へ申請する

【申請締切】

毎月末締切(健保着)、翌月給与日に「健保給付金」として支給

【注意事項】

- 補助金の上限は5,500円(税込)です。補助金上限を超える分は自己負担となります。
- 補助金の申請は年度につき1人1回です。
- 領収書は宛名が被保険者本人(受診者名)で医療費明細書(検査内容が明記)原本が必要です。当申請書裏面に貼り付けをしてください。
- 健診等の二次検査や経過観察および自覚症状がある場合の検査は保険適用(自己負担3割)にてご受診ください。(補助対象外)
- 記載漏れなどの不備がある場合、支給が遅れることがあります。

【個人情報の取扱いについて】

ご記入いただきました個人情報は健保の利用目的の範囲内で活用され他に使用することはありません。
個人情報についての詳細はホームページをご覧ください。(www.tamura-kenpo.or.jp)

(2025.04)

受 付 印

<領収書の原本を貼り付けてください>

1) 領収書に下記が明記されているか確認してください

- あて名(受診された方の氏名)
- 受診年月日
- 医療機関名、受領印
- 明細、検査項目
- 金額(保険外負担)
- ※ レシートやクレジット控え不可です

2) 領収書の貼り方

- 領収書の表がみえるように貼ってください
- 複数枚を貼る場合は、各々がみえるようにずらして貼ってください
- ホチキス、セロテープは使用せず、のりで貼ってください

【必要書類】

必要項目を☑して、ご使用ください。

- ☐ こちらの申請書「子宮がん検査補助金申請書」(健保書式A4両面)
- ☐ 「領収書」原本
- ☐ 「医療費明細書」(検査方法明記、コピー可、領収書に検査方法明記あれば不要)
- ☐ 「検査結果票」コピー