

必ず「領収書コピー」を
一緒に提出してください

婦人科検診補助金請求書

太枠を全て記入し、婦人科検診の「領収書コピー」を添付してご請求ください。

健康保険の 記号・番号	記号 - 番号	受診者氏名	フリガナ 受診者の氏名をご記入ください
区分 (いずれかに☑)	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者 (本人) <input type="checkbox"/> 被扶養者 (家族)	生年月日	昭和 ○○年 ○○月 ○○日 平成 ○○年 ○○月 ○○日
性別	女性	連絡先	TEL ○○○-○○○○-○○○○
受診日	令和 ○○年 ○○月 ○○日	検診機関名	受診した検診機関名をご記入ください
検診の種類 検査結果 (該当するものに☑)	<input checked="" type="checkbox"/> 乳がん検診 (マンモグラフィ・超音波) ⇒ <input checked="" type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 要精密検査 <input checked="" type="checkbox"/> 子宮頸がん検診 (医師による細胞診) ⇒ <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 経過観察 <input checked="" type="checkbox"/> 要精密検査 検査結果が「要精密検査」の方は、以下もご回答ください。 <input checked="" type="checkbox"/> 精密検査を受けた(受ける予定) ⇒ 【受診(予定)日：令和 ○○年 ○○月 ○○日】 <input type="checkbox"/> 精密検査を受けていない ⇒ 【理由：精密検査を受けなかった理由をご記入ください】		

補助対象確認欄

※対象者の条件を確認して☑し、年齢を記入してください

補助対象となる条件①②の両方に該当します。

当年度末 (3/31) 時点の年齢

- ① 当年度 4 月 1 日時点および受診日時点で当組合の資格がある
② 次のいずれかに該当する

- 25～39 歳*の被保険者・被扶養者・任意継続者の女性
- 40～74 歳*の被保険者の女性

*年度内 (4/1～翌年 3/31) に該当年齢の誕生日を迎えられる方

当年度末時点の
年齢をご記入ください 歳

補助金を受け取る金融機関

※受診者名義 (委任する場合は代理人名義) の口座を記入してください

銀行・金庫
組合・農協

(支)店
出張所
営業部

普通・当座

(ゆうちょ銀行の場合は、店名 (漢数字 3 桁) を記入)

口座
番号

受診者名義の口座をご記入ください
(受診者以外が受け取る場合は「受取代理人の欄」もご記入ください)

受取代理人の欄

※補助金の受取りを代理人 (会社等) に委任する場合に記入してください

この補助金の受領を代理人に委任します。

令和 年 月 日

代理人 氏名

住所 〒 -

受診者氏名 (自署)

〔個人情報保護について〕

- ◎健康保険組合は、受診者の情報を保健指導に活用いたします。
- ◎健康保険組合は、本人の承諾を得ずに検査結果を第三者に提供・開示することはありません。

〔注意事項〕

- ◎検診結果等の記載内容に不備がある時は、健康保険組合から健診機関へ内容の確認をさせていただく場合がございます。
- ◎検診結果の内容により、健康保険組合からご連絡させていただく場合がございます。