

年度内 34 歳以下の方の補助金請求書です

乳房		
子宮		

記入例

婦人科検診補助金請求書

記号・番号	事業所名	
3333 - 5555	〇〇株式会社	
被保険者氏名	被保険者の住所	
〇〇〇〇	〒△△△ - △△△△ 東京都〇〇区〇〇〇 △-△-△	
受診者氏名	生年月日	被保険者との続柄
〇〇〇〇	平成8年 11月 22日	本人・家族

下記の項目について補助金を請求します。(該当の番号に○)

1. マンモグラフィ	検診日	実施機関名
	令和7年 4月 15日	〇〇クリニック
	検査費用	※健保記入欄
2. 乳腺超音波 ※いずれか1検査	検査費用	円
	4,400円	
	検診日	実施機関名
3. 子宮頸部細胞診	令和7年 4月 15日	〇〇クリニック
	検査費用	※健保記入欄
	4,400円	円

- 【注意】 1. 補助金を請求する項目に○の記載がない場合は審査の対象となりません。
2. ○をした項目の検査費用（消費税込）も必ずご記入ください。

【添付書類】

- ◎健診機関発行の領収書の原本（請求書の裏面に糊付けしてください）
領収書に「検査項目」と「その項目ごとの金額」を記載してもらってください。
（記載がなく、正当な理由がない場合は補助の対象となりません。）

「乳がん検診」等の検診種別ではなく、「マンモグラフィ」等の検査項目の記載が必要です。

【請求に関する注意事項】

婦人科検診の請求ができるのは、年度内 34 歳以下の方が婦人科検診を受診した場合のみです。
年度末時点で 35 歳以上の方は婦人科検診単独での請求はできません。

※健保記入欄

補助額 (乳房)	円	補助額 (子宮)	円	備考
-------------	---	-------------	---	----

※欄は記入しないでください。

請求期限は 受診年度の翌年度 5 月末日健保組合に必着 です。

婦人科検診の補助金請求について

健診の予約（実施）の前に「健康診査等補助金支給規程」と「婦人科検診実施細則」をご一読ください。

◇ 下記事項についてご確認のうえ、補助金の請求をしてください。

健診実施時の注意	<ol style="list-style-type: none"> 1. 年度内 34 歳以下であること。 2. 日本国内の健診機関であること。 																					
請求書の記入要領	<ol style="list-style-type: none"> 1. 太線枠内をすべて記入すること。 2. 請求する項目の番号に○をし、その費用を記入すること。 ※○が記載されていない項目は補助金の審査を行いません。 ※マンモグラフィ・乳腺超音波はいずれか 1 項目の請求となります。 																					
添付書類	<p>健診機関発行の領収書の原本で下記の記載があるもの。</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 検査項目 ② その項目ごとの金額 (記載がなく、正当な理由がない場合は補助の対象となりません。) <p>■領収書についてご注意ください■ 領収書には「乳がん検診」等の検診種別ではなく、「マンモグラフィ」等の検査項目の記載が必要です。</p> <p><領収書 記載例></p> <table border="1" data-bbox="454 1093 893 1254"> <tr><td>×</td><td>子宮がん検診</td><td>3,300 円</td></tr> <tr><td>×</td><td>乳がん検診</td><td>5,500 円</td></tr> <tr><td>×</td><td>婦人科検診 (乳がん・子宮がん)</td><td>8,250 円</td></tr> </table>  <table border="1" data-bbox="981 1093 1428 1254"> <tr><td>○</td><td>子宮頸部細胞診</td><td>3,300 円</td></tr> <tr><td>○</td><td>マンモグラフィ</td><td>5,500 円</td></tr> <tr><td>○</td><td>乳腺超音波</td><td>4,400 円</td></tr> <tr><td>○</td><td>子宮頸部細胞診</td><td>3,850 円</td></tr> </table>	×	子宮がん検診	3,300 円	×	乳がん検診	5,500 円	×	婦人科検診 (乳がん・子宮がん)	8,250 円	○	子宮頸部細胞診	3,300 円	○	マンモグラフィ	5,500 円	○	乳腺超音波	4,400 円	○	子宮頸部細胞診	3,850 円
×	子宮がん検診	3,300 円																				
×	乳がん検診	5,500 円																				
×	婦人科検診 (乳がん・子宮がん)	8,250 円																				
○	子宮頸部細胞診	3,300 円																				
○	マンモグラフィ	5,500 円																				
○	乳腺超音波	4,400 円																				
○	子宮頸部細胞診	3,850 円																				
補助金支給方法	<p>この請求による補助金は、事業所を經由して支払います。 (任意継続被保険者は指定口座に直接振り込みます。)</p>																					
補助金支給制限	<p>次のいずれかに該当する場合は、補助の対象となりません。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 受診日に組合員資格を有していない。 2. 受診する年度内（4 月 1 日から翌年 3 月 31 日）に年齢が 35 歳以上。 3. 同年度内（4 月から翌年 3 月）に各婦人科検診を受診し補助を受けている。 4. 請求期限（翌年度 5 月末日健保必着）を過ぎて提出されている。 5. 添付書類に不備がある。 																					

☆ 添付の「領収書」を再度ご確認ください。（下記事項がない場合は補助の対象となりません。）

確認項目	☑ チェック欄
① 受診者の氏名（会社名のみは不可）	□
② 「検査項目」と「その項目ごとの金額」	□

※当組合の『個人情報保護について』はウェブサイトをご覧ください。