

常務理事	事務長	担当

レディース検診補助金申請書

申請日 年 月 日

事業所名			被保険者氏名	
被保険者証	記号	番号	生年月日	
			年齢	歳

補助対象検査				
子宮頸がん	受診医療機関名			
	受診年月日		費用	
	検査項目	子宮頸部細胞診（経膈超音波 受診可）		
乳がん	受診医療機関名			
	受診年月日		費用	
	検査項目	乳房超音波・マンモグラフィー（視触診 受診可）		
検診費用合計			※補助上限金額：10,000円	

≪ 添付証憑：①領収書原本、②医療費明細書（検査方法が明記されたもの。コピー可） ≫

但し、保険診療（健康保険証を使って3割自己負担で受けた検査）の場合は補助対象外

【注意事項】

対象者：女性被保険者（**但し、該当年度に人間ドックの受診対象となった場合は補助金申請はできません**）

受診期間：1年間（4月1日～翌年3月31日）

申請回数：年度1回申請可

各検診費用を1回にまとめて申請して下さい。但し年度末は、4月20日健保必着にて申請のこと。

補助額：実費補助（1人 上限10,000円）

申請方法：申請書に①領収書原本、②医療費明細等（検査方法が明記されたもの、コピー可）を添付して、

蝶理健康保険組合又は各事業所の社会保険担当に提出下さい。領収書原本は返却できません。

その他：市区町村が実施するがん検診を受診し、自費が発生した場合も補助金申請可能です。