

申請ルート: 申請者(被保険者) → ミットヨ健康保険組合

婦人科がん検診補助金申請書
領収書及び検査結果表(コピー)を添付して提出してください

ミットヨ健康保険組合理事長 殿

被 保 険 者	被保険者証記号		被保険者証番号		申請日	年	月	日
	氏名	氏		名	社員番号			
					生年月日		年	月
	所属名称							
受 診 者	(フリガナ) 氏 名	氏 (		) 名 (		) 続柄	本人 配偶者	
	生年月日		年		月		日	受診時の満年齢 歳
	住民票住所	〒 -						
	検診機関名							
	受診日		年		月		日	
	申請項目	子宮がん検査	子宮頸部細胞診					
		乳がん検査	マンモグラフィー 乳腺超音波(エコー)					
		※マンモグラフィーと乳腺超音波(エコー)はどちらか1つについて補助します。						
	総 額		円	補助金額 (健保組合記入欄)				円

《注意事項》

- 健康保険証を使用した保険診療は適用されませんので、ご注意ください。
※保険診療ではない自費健診として受診してください。保険診療で受診した場合10割負担であっても補助対象となりません。
- 補助対象となる受診期間は4月1日～12月31日です。補助金申請期限は受診日翌年の2月末日までです。上記受診期間および申請期限を過ぎた申請には補助金のお支払ができませんので、ご注意ください。
- 補助はお1人につき子宮がん乳がんそれぞれ年度1回のみ、補助上限額は合わせて10,000円(税込)までです。
- 毎月20日までに健康保険組合に到着したものは、翌月の給与と一緒に支払いいたします。
- 領収書は誰に何の補助金を支給したかという重要な証明書類になります。以下の記載内容の必須項目をご確認のうえ、原本を添付してください。

【領収書記載内容の必須項目】

- ① 受診年月日
- ② 受診者の個人名(フルネーム) ※領収書の宛先は必ず受診者個人氏名でもらってください。
- ③ 支払金額
- ④ 婦人科がん検診の検査項目と費用内訳(内訳が別紙の場合は領収書と合わせて添付)
- ⑤ 医療機関名住所連絡先
- ⑥ 医療機関領収印

申請に必要な書類を今一度ご確認ください健康保険組合までご申請ください

- ☐ 婦人科検診補助金申請書
- ☐ 検診結果のコピー(受診日と受診者名の記載のあるもの)
- ☐ 領収書原本(※宛名には受診者ご本人氏名を明記)
※領収書必須記入項目の記載があるか確認してください

健保組合受付欄

--