

子宮頸がん検診補助金申請書

対象：被保険者のみ

事業所名	株式会社〇〇〇		
社員番号	1234	保険証 記号番号 (枝番不要)	123 — 1234
受診者 (被保険者) 氏名	健保 花子		印
受診 医療機関名	〇〇〇病院		
受診年月日	令和 〇 年 〇 月 〇 日		
請求 補助金額	〇, 〇〇〇 円		
<p>注 1. 任意の医療機関で子宮頸がん検診を受けてください。</p> <p>2. 検診に健康保険証は使用できません。保険診療は補助対象外です。</p> <p>3. 検診費用全額を一旦医療機関にお支払いください。 <u>※必ず「子宮頸がん検診費用」と明記された領収書をお願いいたします。</u></p> <p>4. 子宮頸がん検診の費用は全額補助されます。 検診費用を「請求補助金額」にご記入の上、<u>領収書（原紙）と、健診結果の コピーを添付のうえ、受診後3ヶ月以内に健保組合にご提出ください。</u></p> <p>5. 補助金は、会社経由で給与に合わせて支給します。</p>			

※子宮頸がん検診補助は、
「会社の定期健康診断」・「Smart ドック」・「人間ドック」を含めて年度内1回限りです。