

支給決定金額

常務理事	常務代理	事務長	事務	事務	担当

アンリツ健康保険組合 理事長 殿

婦人科検診補助金申請書〔被扶養者用〕

提出日： 年 月 日

被保険者証	記号		番号	
被保険者氏名				
受診者氏名	生年月日	西暦	年	月 日
受診者住所	〒		年齢	歳
健診機関名称				
受診日	年 月 日 ()			
* 受診した項目に○をし、支払金額を記入してください				
検査項目		受診	検査費用	
子宮がん検査	子宮頸がん検査		円	
乳がん検査	超音波検査	[補助は1項目]		円
	マンモグラフィー			円
	触診+超音波検査			円
	触診+マンモグラフィー			円

【添付書類】 ①検診機関発行の領収書【原本】 ②検診結果（写）

※領収証の記載事項：受診者名・受診日・検診項目・検診項目毎の料金

【提出期日】 ドック受診後、1カ月以内（*結果が届かない場合はご連絡ください）

【支給方法】 原則、20日までに申請されたものは、翌月25日（給料日）に被保険者の口座に支給

補助額	検査項目	補助上限額
	子宮頸がん検査	6,050円
	超音波検査	5,500円
	マンモグラフィー	5,500円

超音波検査とマンモグラフィーを受診された場合の補助はどちらか1項目のみとなります。

健保記入欄	取得日	年 月 日	35歳以上 ・ 35歳未満	子宮検査	円
	喪失日	年 月 日	子宮 超・マ・触超・触マ	乳房検査	円
	受診日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 給与払 <input type="checkbox"/> 個人宛	支給合計額	円