

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 〔被保険者用〕

提出日： 年 月 日

被保険者証	記号		番号		
被保険者氏名	生年月日		西暦 年 月 日		
被保険者住所	〒		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			円	
	マンモグラフィー			円	
	超音波検査+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）に支給します**

	検査項目	補助上限額
補助額	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+マンモグラフィー	11,000円
	触診+超音波検査	7,150円
	触診+マンモグラフィー	7,150円

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・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	