| 支給決定金額 |
| --- |
| 円 |

| 常務理事 | 事務長 | 主 任 | 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（　） | | | |

＊受診した項目に〇をし、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】　**令和９年２月２８日 厳守**

【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**

| 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＋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・マンモ・触超・触マ | 乳房検査 | 円 |
| 受診日 | R　年　月　日 | □給与払　□個人宛 | | 支給合計額 | 円 |