

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】 令和8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・マンモ・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