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	［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	R　年　月　日	□給与払　□個人宛		支給合計額	円