

婦人科検診補助金交付申請書(個人申請用)

必ず医療機関の証明欄に記入いただき、領収書(原本)を添付の上、健康保険組合に申請してください。

(医療機関の証明がない場合、検査項目・金額が記載された「領収書(原本)」が必要)

※生活習慣病予防健診のオプション検査は、事業所が申請するため個人申請不要です。

事業所名				被保険者氏名				
保険証記号・番号				続柄		生年月日 ・年齢	昭和 平成	年 月 日(歳)
受診者氏名						実施日	令和	年 月 日
健診(医療) 機関名称								
検査項目		健保補助額	補助対象	検診料金(税込)		<健保記入欄>		
						健保補助額		
子宮頸がん	頸部細胞診	3,000円	20歳以上	円		円		
	HPV検査	3,000円	20歳以上	円		円		
乳がん	エコー	3,000円	30歳以上	円		円		
	マンモグラフィー	3,000円	40歳以上	円		円		
			合計	円		円		
上記のとおり申請いたします。								
令和 年 月 日				被保険者又は事業主の住所および氏名				
茨城県農協健康保険組合理事長 殿								

※事業所口座への振込の場合のみご記入ください。

(個人申請の方は、健保組合に登録した口座に振込します)

→ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座ではありません

補助金振込先	口座名義(被保険者名義をカタカナで記入して下さい。)			普通 No.
	農協	支店		
	信連	本店		当座 No.

医療機関の証明欄	検査項目		検診料金(税込)	実施日
	子宮頸がん	頸部細胞診	円	令和 年 月 日
		HPV検査	円	
	乳がん	エコー	円	合計
		マンモグラフィー	円	円
令和 年 月 日				
上記のとおり婦人科検診を実施したことを証明いたします。				
医療機関の		住所		
		名称	医師氏名	

(注意事項) 次の場合は補助の対象外となります。

①「健康保険証」を使用した診療又は診察 ②市町村が実施する婦人科(がん)検診の受診

茨城県農協健康保険組合

受付印