

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							
保険証記号・番号				被保険者氏名			
受診者氏名		続柄		生年月日 ・年齢		昭和・平成 年 月 日(歳)	
健診(医療)機関名称				実施日		令和 年 月 日	
検査項目		健保補助額		補助対象		検診料金(税込)	
子宮 頸がん	頸部細胞診	3,000円		20歳以上		円	
	HPV検査	3,000円		20歳以上		円	
乳 がん	エコー	3,000円		30歳以上		円	
	マンモグラフィー	3,000円		40歳以上		円	
				合計		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。)

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。)	
	農協 支店 普通 No.	
	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			
		HPV検査	円		令和 年 月 日	
	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		医師氏名		
		名称				

(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