

記入例

2024年度 乳がん検診・子宮頸がん検診補助金申請書

<乳がん検診・子宮頸がん検診について>

市町村から届くクーポン(受診券)を利用した検診も、補助対象となります。

領収書に受診日・氏名・金額・医療機関名の記載があることを確認してください。

提出日 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

健康保険証	記号	〇〇〇〇	番号	〇〇〇〇〇〇〇	
被保険者氏名	フリガナ	トウレ タロウ			
	氏名	東レ 太郎			
生年月日	〇〇〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日			2025.3.31時点の 年齢	30歳

※ 被保険者が受診者の場合は、記入不要

受診者	フリガナ	トウレ ハナコ	2025年3月31日時点の 年齢を記載ください。
	氏名	東レ 花子	
	生年月日	〇〇〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	2025.3.31時点の 年齢

・受診されたがん検診に☑のうえ、検診費用をご記入ください

がん検診	<input checked="" type="checkbox"/> 乳がん検診	検診単体費用	4,500 円	支給決定額(健保記入欄) 上限: 4,000円	がん検診は単価が わかる場合のみ 補助対象です。
	<input checked="" type="checkbox"/> 子宮頸がん検診	検診単体費用	3,000 円	支給決定額(健保記入欄) 上限: 2,500円	

子宮頸がん検診は①任意医療機関受診②郵送検診③巡回健診(被扶養者のみ対象)のいずれか一つのみの補助です(重複不可)。

<ご留意事項>

- 次の書類を添付してください。
医療機関発行の領収書原本 ※本申請書の裏面に貼りつけてください。
- 受診期間は2024年4月～2025年3月末日 補助金申請書は、所属する事業所の労務担当課にご提出ください。
原則、翌年度(2025年度)での支払いは不可となりますのでご注意ください。
- レディース健診など婦人科コースで、それぞれの検診単独料金が明確でない場合や、子宮頸がん検診を既に
郵送検診で受検された方は、費用補助対象外となりますのでご注意ください。
- 補助金は、毎月10日健保到着分までを翌月25日に事業所経由でお支払いします。
(基本、被保険者の給与中で)
任意継続の方は加入時に指定された口座にお振込み致します。

◆事業所担当者 記入欄

年 月 日 記入

担当者氏名	当該受診者の添付書類および申請書の記載漏れ等について確認しました。
-------	-----------------------------------