

健 保 捺 印 欄			
常務理事	事務長	室 長	担当者

平成30年度用

乳がん・子宮がん検査 補助金申請書【20～34歳用】

●保険証を使用して受診された検査は補助対象外となりますのでご注意ください

●太枠内をご記入ください

下記の「健診結果の取扱いについて」を承諾のうえ、申請いたします。 提出日 平成 年 月 日

資格確認		下記に該当する場合のみ☑してください。該当しない場合、平成30年度の補助は受けられません。	
		<input type="checkbox"/> 当組合に平成30年4月1日時点で加入している	
		<input type="checkbox"/> 平成30年4月1日時点から受診日まで継続して加入している	
保険証記号	保険証番号	事業所名	被保険者氏名（請求者氏名）
補助対象者氏名		続柄	性別 生年月日・年齢
		1. 本人（被保険者） 2. 配偶者 3. その他（ ）	女性 SH 年 月 日 (平成31年3月31日現在 歳)

受診された医療機関名	検査内容	受診年月日	支払金額(税込)	(健保記入欄) 補助金額
乳がん検査 受診した検査に☑を付けてください (補助はエコー又はマンモどちらか一方のみ)	<input type="checkbox"/> エコー検査(超音波)	平成 年 月 日	円	補助の上限金額3,240円 支給金額： 円 (10円未満切り捨て)
	<input type="checkbox"/> マンモグラフィ検査(X線)	平成 年 月 日	円	補助の上限金額5,400円 支給金額： 円 (10円未満切り捨て)
子宮がん検査	子宮頸部細胞診 (上記以外の検査は補助対象外)	平成 年 月 日	円	補助の上限金額3,240円 支給金額： 円 (10円未満切り捨て)
合計				円

[健診結果の取扱いについて]

健診結果は、必要に応じて健康指導等に活用するため、入手いたします。入手した健診結果は個人情報として取り扱いいたします。ご記入いただいた個人情報は補助金支給以外の目的で使用することはありません。

※個人情報についてはホームページに掲載しております「個人情報の取扱いについて」をご参照ください。

委任状	私は給付金の受領を右記の者に委任します。	受任者（事業所が記入）
	平成 年 月 日	事業所の所在地
	被保険者氏名 印	名称 事業主の氏名 印

・退職等により本人口座への直接振込を希望される場合は、委任状は記入せずに勤務先の健保担当部署に申し出た上で給付金振込口座登録用紙（別紙）を添付してください。

※補助金申請に当たっての注意事項（必ずお読みください）

<補助対象者>20歳～34歳の女性被保険者・被扶養者（年齢起算日は平成31年3月31日現在）

- 平成30年4月1日時点から継続して当組合に加入している（空白日なし）方が補助対象となります。
- 補助は年度内(4月1日～翌年3月31日)にお一人様1回までです。
- 同一年度内に当組合の人間ドック指定医療機関で、乳がん・子宮がんの単体検査を受診された方は補助対象外です。
- 補助上限額は乳がん検査エコー3,240円又はマンモ5,400円、子宮がん検査3,240円です。
- 乳がん検査はエコー検査またはマンモグラフィ検査のどちらか1つが補助の対象です。（触診を含んでも可）両方の検査を受診された場合は、検査料金の高い方（料金の内訳が不明な場合は1/2の金額）を補助の対象とします。
- 子宮がん検査は、頸部細胞診の検査以外は補助対象外です。
- 乳がん検査と子宮がん検査の両方の補助を受ける場合は、必ず両検査を一緒に申請してください。
- 上記にない検査は補助の対象外です。
- 保険証を使用して受診された場合は補助の対象外となりますので、ご注意ください。

◎補助金の申請方法について

・添付書類：①領収書(原紙) ②健診結果(コピー)

- 申請書の提出先：被保険者の勤務する会社の健保担当部署（任意継続被保険者は当組合）
- 健診結果の無い方は余白に結果を記入してください。（健診結果の発行費用は補助対象外）

◎補助金の支給について

- 申請から1～2ヵ月後に会社経由で被保険者へお支払いします。（任意継続被保険者は登録口座へ振込み）
- 原則として毎月20日までに当組合へ到着したものを翌月に各会社へ振り込みます。