

子宮頸がん検診の利用補助について

当健康保険組合では、子宮頸がん検診にかかる自己負担金に対して補助をおこなっております。どうぞご利用ください。

※保険証を使用して検査を受けた場合は対象外です。

●補助対象者

当健康保険組合に加入する20歳から34歳までの被保険者および被扶養配偶者

※ 任意継続被保険者および任意継続被扶養者を含む

※ 以下に該当する方は除く

- ・ 会社が実施する定期健康診断で子宮頸がん検診を受けた方
- ・ 自治体の実施する子宮頸がん検診を受診し、健保の補助を受けた方

※ 補助金額

年度で1人につき1回、7,000円を上限に補助します。

※ 7,000円未満の場合は実費額

※ 申請方法

「子宮頸がん検診利用補助金申請書」に必要事項をご記入の上、領収証（コピー不可）を申請書下段の領収書貼付欄にのり付けし、健康保険組合までご提出ください。後日、補助金を給与口座（任意継続者は登録口座）に振り込みます。

（社員の方へ申請書提出時のお願い）

健康保険組合は本店内にありますので必ず社内便をご利用ください。

【宛先：本店 健康保険組合】

【注意】

領収証については下記の通り医療機関にご依頼ください

① 宛名には受診された方の氏名が分かるように記載してもらってください。

※ 必ず個人名を記載（会社名・健保名は不可）

② 「子宮頸がん検診分」と記載してもらってください。

※ 領収証に記載が無く、別紙明細書等に記載がある場合は領収証と明細書を併せて提出してください。（明細書のみは不可）

申請日（西暦） 年 月 日

小野薬品健康保険組合理事長 殿

子宮頸がん検診利用補助金申請書

以下の通り「子宮頸がん検診利用補助金」を申請します。

申請者（被保険者）

保険証の記号	保険証の番号 (4ケタの番号)	社員番号 (5ケタの番号)	所 属				
		※任意継続者は記入不要	※任意継続者は記入不要				
氏 名	(フリガナ)		性別	男	生年 月日	西暦	年 月 日
				女			
住 所	(住民票のある住所を記載してください) ※自治体の公費助成の確認のため		都 道 市 区 府 県 町 村				

検診受診者

氏 名	年齢	続柄	検診実施日	検診料金
			年 月 日	円
			年 月 日	円
			年 月 日	円
			年 月 日	円
			年 月 日	円
合計金額				円

(健康保険組合使用欄)

支給決定額	円
-------	---

(領収証貼付欄)

●領収証を貼付前に必ずご確認ください。

下記①～②の記載が無い場合は、医療機関で必ず記載してもらってください。

- 「検診を受診された方の氏名」が記載されている。
※必ず個人名を記載（会社名・健保名は不可）
- 「子宮頸がん検診分」の記載がされている。
※明細書に記載がある場合は、明細書を領収書に添付してください。（明細書のみは不可）

受 付 印

健康保険組合使用欄		
常務理事	事務長	担当者