

婦人科がん検診費用補助申請書 (2024年度)

健康保険証 記号・番号 (*健康保険証の上部に記載)	被保険者氏名 (受診者)	職場 (部署) 名
<input type="text"/>	(フリガナ:)	(内線:)

受診したがん検診の種類	受診日	受診費用 (合計)
子宮・乳・その他の婦人科	年 月 日	円

市区町村での受診も対象

複数回に分けての受診は最終日を記入

領収証 (コピー可・返却は不可) を添付 ホチキスでとめてください

健康保険被保険者証 本人 (被保険者) 00000000
平成00年00月00日交付

記号 0 番号 00000

氏名 健保 花子

生年月日 昭和 00年 00月 00日 性別 女

資格取得年月日 平成 00年 00月 00日

事業所名称 ○○○○○○○○

保険者番号
保険者名称
保険者所在地
電話番号

提出期限

2025年4月4日 (金)

必着

振込先口座 (健保からお振込みします)	
トヨタ自動車東日本の従業員 給与振込み第1口座	} 口座変更の申請は事業主へ
関連会社従業員 健保組合への登録口座	

【補助の内容】

1. 補助対象者

当健康保険組合の資格を有する女性被保険者で100%自己負担で受けた方

2. 対象期間と補助回数・金額

2024年4月～2025年3月の受診分について、10,000円を上限に1人1回/年

申請分のみ補助 (多種受診した場合も1回にまとめて申請してください)

3. 申請方法

上記に必要事項を記入し、領収書の本紙を添付して健康保険組合に提出

※ 領収証には「○○がん検診」の但し書きが必要です

4. 補助の対象とならないもの

- 健康保険証を使用した診療
- 受診日に被保険者の資格がなくなっていた場合
- 婦人科がん検診ではないもの
- 上記以外、健康保険組合が承認できないもの

5. 振込日

健康保険組合が申請書を受理した翌月

(但し、連休や年度末、申請書の内容確認によって異なる場合があります)

健康保険組合使用欄	
受付日印	
補助金額	円