

様式⑥-2

本件下記により補助金を支給してよろしいか。					算 出 基 礎		支 給 額	
常務理事	事務長	課長	係長	担当者	子 乳	円		

契約健診機関以外 『子宮がん検診・乳がん検診』 補助金申請書

当健康保険組合や東振協の契約健診機関で、生活習慣病健診と一緒に受診されることをお勧めします
「簡易成人病健診（生活習慣病健診）＋（プラス）子宮がん検診と乳がん検診」で、自己負担「3,000円」
詳しくは、当健康保険組合までご連絡ください 【電話：06-6941-4635】

重要 検査項目と補助金は、次の通りです。

- ・子宮がん検診：上限3,000円の補助：頸部細胞診のみ（注）体部検診、エコー検診等は、補助対象外
「領収書」の但し書きには必ず「子宮頸部細胞診」等 が判るように、具体的に検査名
を明記してもらってください。記載がない場合、補助できませんのでご注意ください。
- ・乳がん検診：上限5,000円の補助：エコー または マンモグラフィ（＋視触診）

西日本パッケージング健康保険組合

下記の必要書類を添えて申請します。併せて、今回の検診結果を貴組合が実施する保健指導などの保健事業に利用することにも同意します。

下の注意書きをよく読んで、申請を行ってください。

申請日： 年 月 日

事業所名称			
事業所・営業所 工場の所在地	〒 ー	TEL	()
被保険者氏名		被 記 保 險 者 等 号 保 号 ー 番 号	ー
フリガナ			
受診者名	昭和 ・ 平成 年 月 日 生 (歳)		
受診者住所	〒 ー	TEL	()

*該当欄に記入してください。

子宮がん・乳がん	健診機関名	子宮がん	TEL ()		検診日	年 月 日
		乳がん	TEL ()		検診日	年 月 日
	検診費用	子宮がん	円	上限 3,000円	必要書類	1. 領収書の【写し・コピー】 (子宮がん検診時、但し書きに注意) 2. 検査結果の【写し・コピー】 但し受診機関から書面以外(面接・電話連絡等)で結果を受けた際は下欄結果報告書に記入願います
		乳がん	円	上限 5,000円		

◆書面以外で結果を受けた場合のみご記入下さい。

検査結果（写し・コピー）を添付されない場合は補助ができない場合があります。

別途有料で結果をもらう必要はありません（その費用は補助はしません）。

子宮がん	1. 問題なし	2. 問題あり	具体的に	[]
乳がん	1. 問題なし	2. 問題あり	具体的に	[]

振込先 (被保険者名義)	銀行	支店	普通・当座・その他 ()
	フリガナ 名義	口座番号	

※1: 領収書【写し・コピー】に下記①～⑤が記載されているか確認してください。記載内容が不備な場合は返戻いたします。

①受診者氏名 ②受診日 ③受診機関名 ④受診費用 ⑤但し書き（例、子宮頸部細胞診代、マンモグラフィ代など具体的な検査名を記入してもらってください）

注2: 子宮がん検診、乳がん検診を受診の際は、事前に健診（検診）を行っている（料金体系がある）かを医療（健診）機関に必ず確認して受診してください。保険証を使用し健康保険を適用した場合は補助できません。

* この申請書のためにご提供いただいた個人情報は、上記補助金支給決定及び当健康保険組合の実施する保健事業に利用させていただきます。当該目的以外に使用することはございません。