

子宮頸がん検診補助金申請書

被保険者のみ対象

事業所名	株式会社〇〇〇 〇〇支店		
社員番号	123-1000	被保険者氏名	健康 花子 印
保険証記号番号	123-1000	受診者氏名	健康 花子
受診医療機関名	〇〇〇病院		
受診年月日	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日		
請求補助金額	〇,〇〇〇円		
注 1. 任意の医療機関で子宮頸がん検診を受けてください。 2. 検診に健康保険証は使用できません。保険診療は補助対象外です。 3. 検診費用全額を一旦医療機関にお支払ください。 <u>※必ず「子宮頸がん検診費用」と明記された領収書をもらってください。</u> 4. 子宮頸がん検診の費用は全額補助されます。 検診費用を「請求補助金額」にご記入の上、領収書（原紙）を添付し、 受診後2週間以内に健保組合にご請求ください。 5. 補助金は、被保険者の給与に合わせて支払います。			

子宮頸がん検診補助金の申請は、人間ドックなども含めて年度内1回です。