

大和ハウス工業健康保険組合 御中

健康保険組合確認欄			
常務理事	事務長	課長	担当

■受診可能期間:当年度5月～当年度2月末日(厳守)

■申請期限:当年度3月末日(厳守)

婦人科検診(子宮細胞診・マンモグラフィー)補助金申請書

対象者:女性被保険者 (※被扶養者・任意継続被保険者は対象外です)

(注意) 保険診療(=保険証を利用して2割または3割自己負担で支払をした)は対象外です。
 症状がなく検診を受診すると治療ではないため、原則保険適用はできず10割自己負担となります。
 補助金は保険適用(2割または3割自己負担)せずに検診された方に支給しています。

健康保険組合に検診結果を提出することに同意して申請します。

●太枠内をご記入ください。

被保険者等記号 — 番号		会社名		支店名	
—					
被保険者氏名		続柄	生年月日・年齢(年齢は当年度3月末時点)		
		本人	昭和・平成 年 月 日 (歳)		
			↑ いずれかの元号に○をつけてください。		
日中連絡先電話番号		-		フリガナ	
※連絡先が職場で旧姓等被保険者氏名と異なる場合呼出名をご記入ください。				(呼出名:)	

受診された医療機関名					
検診項目		対象年齢	補助額上限	受診年月日	お支払い金額
受診した 検査に ☑を記入し てください	□子宮細胞診	全年齢	3,000円	令和 年 月 日	円
	※<対象外>超音波(エコー)検査、HPV検査				
	□マンモグラフィー	50歳以上	5,000円	令和 年 月 日	円
	※<対象外>超音波(エコー)検査				
	□両方受診	50歳以上	5,000円	令和 年 月 日	円
※50歳以上の女性が両項目受診した場合も上限は5,000円				支給決定額(健保記入)	円
				補助金支払日(健保記入)	(/)

●原則、被保険者給与口座に振込みますが、他を希望される場合記入して下さい。

		銀行・農協 信用金庫	銀行 コード		支店	支店 コード
普通	口座番号			(フリガナ) 口座名義		

【添付書類】 補助金申請には次の書類も同封してください 必ずご確認ください！

- ・領収書(金額内訳がわかるもの)
- ・検診結果(コピー)

送付先: 〒530-0001 大阪市北区梅田3-3-5
大和ハウス工業健康保険組合 宛

※検診結果の書面は必要です。診断書発行料・郵送料は補助金対象外です。
 ※検診結果が医師からの口頭説明のみだった場合、保険診療(補助金対象外)の可能性がります。
 領収書で保険診療(2割または3割自己負担)かをご確認ください。

受付印