「お薦め巡回コース」婦人科検診 補助金申請書

「お薦め巡回コース」で特定健診を受診され、ご自身で希望した医療機関で婦人科検診を全額自己負担された方が申請できます。

常務理事	事務長		担当

補助金申請締切日 **2027年4月15日(木) 健康保険組合 必着**

「健保連集合契約コース」で受診された方はこの申請書で補助金申請はできません。

保険診療(2割または3割自己負担で支払いをした)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自費(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。

■ 太枠内をご記入ください。

☐ 領収書と検診結果を添えて補助金を申請します。

記号・番号	ー	会社名	
被保険者氏名		支店名	
受診者氏名		生年月日	昭和 年 月 日
受診者住所	〒 ー		
電話番号	●日中つながる電話番号 ( ) ー		※書類に不備等があった場合にお電話をさせていただきます。

お薦め巡回コース(特定健診)

健診機関名	☐エムスリーヘルスデザイン ☐桜橋渡辺リハビリテーション病院 ☐スマイル健康クリニック ☐パブリックヘルスリサーチセンター ☐同友会 ☐京都工場保健会 ☐あけぼの会
受診日*	令和 年 月 日 *当日、オプションとして支払った分は対象外です。

婦人科検診を受診した医療機関				
検診項目		補助金上限	受診年月日	お支払い金額
受診した検査にチェック☑をつけてください。	☐子宮頸部細胞診	3,000円	令和 年 月 日	円
	☐マンモグラフィ	5,000円	令和 年 月 日	円
	☐両方受診	5,000円	令和 年 月 日	円

対象外 ご確認ください!
以下の検査は対象外となります。
●超音波(エコー)検査 ●HPV検査 ●子宮体がん検査

健康保険組合記入欄		
	支給決定額	円
	補助金支払日	令和 年 月 日

■ 原則、被保険者の給与口座に振り込みますが、他の口座への振り込みを希望される場合は下記にご記入ください。

振込先金融機関名	支店名	口座番号(普通預金)	口座名義(カナ)
銀行・信用金庫・農協	本店・支店・出張所		
金融機関コード	支店コード		

※被保険者・被扶養者以外の口座は不可

添付書類 **補助金申請には次の書類も同封してください。**

1 **領収書(原本)**
2 **検診結果(コピー)**

領収書は内訳がわかるようにご提出ください。

※検診結果の書面(コピー)は必須です。**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)の可能性があります。領収書で保険診療(2割または3割自己負担)かどうかをご確認ください。

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 宛て

受付印
印

キリトリ