

補助金額	円
------	---

## 乳がん・子宮がん検診補助金申請書(被扶養者)

申請者記入欄

記号	番号	被保険者氏名													
被扶養者氏名 (受診者)		日中連絡がとれる 電話番号													
<p><b>問</b>今年度の4月1日に資格がある30歳台の被扶養配偶者または40歳以上の被扶養者は日本健康文化振興会で行う施設型家族健診を無料で行うことができます。そこでは希望者に無料オプションの「乳がん検診」「子宮がん検診」が行われるため、今年度の実施状況を確認させていただきます。回答いただけない場合は、補助金支給までに日数を要することがありますのでご了承ください。また、回答内容と事実が異なり、補助金の払い過ぎが判明した場合は返還請求させていただきますのでご了承ください。</p> <p>以下の4つの回答の中から該当するものを選んで□の中の○を●にしてください</p> <table border="1"> <tr> <td><input type="radio"/> 無料オプションの「乳がん検診」を受けました。または受ける予定です。</td> <td>施設型家族健診受診日</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> 無料オプションの「子宮がん検診」を受けました。または受ける予定です。</td> <td>年 月 日</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> 施設型家族健診は受けませんが、上記の無料オプション検診は2つも受けません。</td> <td>年 月 日</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> 施設型家族健診は受けません。今後施設型家族健診を受けることがあっても無料オプション検診は行いません。</td> <td>年 月 日</td> </tr> </table>				<input type="radio"/> 無料オプションの「乳がん検診」を受けました。または受ける予定です。	施設型家族健診受診日	<input type="radio"/> 無料オプションの「子宮がん検診」を受けました。または受ける予定です。	年 月 日	<input type="radio"/> 施設型家族健診は受けませんが、上記の無料オプション検診は2つも受けません。	年 月 日	<input type="radio"/> 施設型家族健診は受けません。今後施設型家族健診を受けることがあっても無料オプション検診は行いません。	年 月 日				
<input type="radio"/> 無料オプションの「乳がん検診」を受けました。または受ける予定です。	施設型家族健診受診日														
<input type="radio"/> 無料オプションの「子宮がん検診」を受けました。または受ける予定です。	年 月 日														
<input type="radio"/> 施設型家族健診は受けませんが、上記の無料オプション検診は2つも受けません。	年 月 日														
<input type="radio"/> 施設型家族健診は受けません。今後施設型家族健診を受けることがあっても無料オプション検診は行いません。	年 月 日														
<p>乳がん検診と子宮がん検診はまとめて申請することができます。                  保険診療ではなく自費で受けた検診に対して支払った金額と受診日をご記入ください。</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>検査項目</th> <th>申請する検診に対して支払った金額</th> <th>受診日</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>乳がん検診</td> <td>円(税込)</td> <td>年 月 日</td> </tr> <tr> <td>子宮がん検診</td> <td>円(税込)</td> <td>年 月 日</td> </tr> <tr> <td>乳がん・子宮がん検診(セット料金)</td> <td>円(税込)</td> <td>年 月 日</td> </tr> </tbody> </table> <p>注意) 無料オプション検診を1つ受け、もう片方の検診を申請する場合は補助上限5,000円になります。                  無料オプション検診を2つとも受けない場合は補助上限10,000円になります。                  無料オプション検診を2つとも受けた方は補助金申請できません。</p>				検査項目	申請する検診に対して支払った金額	受診日	乳がん検診	円(税込)	年 月 日	子宮がん検診	円(税込)	年 月 日	乳がん・子宮がん検診(セット料金)	円(税込)	年 月 日
検査項目	申請する検診に対して支払った金額	受診日													
乳がん検診	円(税込)	年 月 日													
子宮がん検診	円(税込)	年 月 日													
乳がん・子宮がん検診(セット料金)	円(税込)	年 月 日													
委任状	※任意継続被保険者(記号200)の方は記入不要です 私は下記の者にこの補助金の受領を委任します。		年 月 日												
	被保険者氏名														

総合事務部記入欄

被委任者	事業所名
	事業所長名

受付印

領収証(原本)を添付して、会社の担当者へ提出してください。(任意継続被保険者は健康保険組合へ提出してください)