

| | |
|------------|---|
| 記入例 | 円 |
|------------|---|

もし、申請書類に記入漏れや不明な点があった場合は、健保担当者より連絡させていただくことがあります。日中連絡がつく電話番号を記載してください(健保TEL03-3470-2531)

乳がん・子宮がん検診

申請者記入欄

| | | | |
|------------------------------|---|---------------------|--|
| 記号 300 | 番号 123456 | 被保険者氏名 健保 太郎 | |
| 被扶養者氏名 (受診者) 健保 康子 | 日中連絡が 取れる 電話番号 080-0000-0000 | | |

問)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をさせていただきますのでご了承ください。

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

- 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。
- 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。
- 施設型家族健診を受けますが、上記の無料オプション検診は2つも受けません。

| |
|------------|
| 施設型家族健診受診日 |
| ○年○月○日 |
| 年 月 日 |
| 年 月 日 |

これは施設型家族健診を受け、無料オプションとして「乳がん検診」を受けた例になります。1項目あたり5000円の補助を受けたとみなします

※任意継続被保険者(記号200)の方は記入不要です

| 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 | 6,000 (税込) | ○年×月×日 |
| 乳がん検診 | | 年 月 日 |

注意)

無料オプションの検診は5000円分の補助を受けたとみなすため、この場合の補助金支給額は5000円です。

片方の検診を申請している場合は補助金申請できません。

無料オプションで「乳がん検診」を受けているので、「乳がん検診」は自費で受けても補助金申請できません。

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。

被保険者氏名

健保 太郎

申請書を作成した日

○年△月△日

総合事務部記入欄

| | | | |
|------|-------|--|--|
| 被委任者 | 事業所名 | | |
| | 事業所長名 | 総合事務部長の押印が必要です。担当者は申請書類を総合事務部総務事務課へお送りください。 | 補助金は会社を通して給料に含めて振り込まれます。補助金の受け取りを会社へ委任するため、被保険者の署名をお願いします。 |

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)