年　　月　　日

りそな健康保険組合　御中

婦人科検査（乳がん検診・子宮がん検診）補助金請求書

所属	
被保険者名 （自署）	
被保険者の 記号・番号	―
連絡先TEL	内線：

下記のとおり婦人科検査（乳がん検診・子宮がん検診）を受けましたので、補助金を請求いたします。

記

検査内容	受診者	受診日	支払金額
乳がん検診		年　月　日	円
子宮がん検診		年　月　日	円

【支給条件】

以下の条件をすべて満たすこと。

○ 本請求書に**「領収書（原本）」が添付されていること。**

○ **検診内容（乳がん検診、子宮がん検診を受診したこと）および検診毎の支払金額が確認できること。**

・ 領収書で検診内容（乳がん検診、子宮がん検診を受診したこと）および検診毎の支払金額が確認できない場合は、領収書（原本）に加えて、領収明細書、検査結果（写）等、上記事項が確認できるものを添付してください。

・ 検診内容（乳がん検診、子宮がん検診を受診したこと）および検診毎の支払金額が確認できるものがない場合は、受診病院で領収書へ但し書き（「乳がん検診　6,000円、子宮がん検診　5,000円」等）を受けてください。

○ 受診時点で満20歳以上の被保険者、被扶養者であること。

【注意事項】

○ **健康保険適用分（3割負担等）の場合は補助対象外です。（領収書をよくご確認ください）**

○ **同一年度内に健保人間ドック、指名制人間ドックで婦人科検査を受診する場合（乳がん検診または子宮がん検診のどちらか一方のみ受診する場合を含む）は、補助金の請求はできません。**

○ **補助金の上限は11,000円です。**

○ 請求期限（受診日が属する年度の翌年度末）を経過した場合、補助金は支給しません。

【健保使用欄】

常務理事	検印	係

支給決定日	
支給決定額	円