

りそな健康保険組合 御中

## 乳がん・子宮がん検診補助金請求書

所属	
被保険者名	(印)
被保険者証 記号・番号	—
連絡先TEL	内線:

下記のとおり乳がん・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)
- 同一年度内に任意人間ドックにおいて、人間ドック医療機関一覧(健保活用ガイド、当健保ホームページご参照)／婦人科欄が「○」または「選択」の医療機関で当該検査を受診する場合は、補助金の請求はできません。
- 同一年度内に当健保が実施する「子宮頸がん検診」を受診する場合は、子宮がん検診補助金の請求はできません。
- 補助金の上限は、乳がん検診5,000円、子宮がん検診3,000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	乳がん 円
	子宮がん 円