

婦人検診・がん検診 費用補助申請書

申請期限  
令和2(2020)年3月31日[火]

1. 基本情報

被保険者	事業所		所属部署	
	保険証記号番号	記号	番号	
受診者	被保険者名		印*	連絡先(必ず連絡が取れる電話番号)
	区分	被保険者(本人)・被扶養者(家族)		被扶養者の場合はその氏名
	生年月日	年 月 日 ( 歳)	令和元(2019)年度においては、誕生日が昭和55(1980)年3月31日以前の方は特定健診対象者です。※注1	

\* 被保険者が自ら署名する場合は捺印不要

2. 申請内容

項目 (口にチェック)	申請要件 受診日時点で以下であること	A:補助限度額	B:本人支払額 領収書の金額	補助申請額 (B>Aの場合はA)	備考
以下①～③は女性のみ申請可					
<input type="checkbox"/> ①基本健診	特定健診対象者※注1でない 35歳以上の被扶養者	3,000円	円	円	身体測定、血液検査、検尿など
<input type="checkbox"/> ②乳がん 検診 ※注2	35歳以上の被保険者および 被扶養者	5,000円	円	円	触診、マンモグラフィー、超音波 など
<input type="checkbox"/> ③子宮がん 検診 ※注2	20歳以上の被保険者および 被扶養者	5,000円	円	円	内診、細胞診、経膈超音波、 HPV検査など
<input type="checkbox"/> ④その他の がん検診 ※注3	特定健診対象者※注1である 被扶養者	3,000円	円	円	乳がん・子宮がん検診以外で、 個別の部位の検査に限る ※注3
※注4 保険診療扱いの場合は申請できません		費用補助申請額(合計)		円	

<注意事項> 各健診を受診する前にお読みください

注1	特定健診対象者	年度末[3/31]時点で40歳以上の場合は特定健診対象者です。 令和元(2019)年度においては、誕生日が昭和55(1980)年3月31日以前の方を指します。
注2	セットでの乳がん検診・ 子宮がん検診について	乳がん検査と子宮がん検査がセットになっている場合は、それぞれ単独で受診した場合の料金を勘案して補助します。総合的な健診とのセットや、乳がん子宮がんのセット検診で料金が設定されている場合、それぞれにかかる費用の明細がない場合は補助できません。
注3	費用補助対象となる がん検診	自治体や医療機関で行なう「胃がん検診」「大腸がん検診」「肺がん検診」など、個別の部位のがん検診を対象とします。【対象外】〇〇ドックや生活習慣病健診など個別の部位の費用が明確でないもの・腫瘍マーカー(前立腺のみ補助可)・PET検査などは対象外。
注4	保険診療の場合	補助対象は自費診療分のみです。保険診療の場合は補助できません。
その他	申請回数	令和元(2019)年度は、平成31(2019)年4月1日～令和2(2020)年3月31日受診分について、年度内に各項目1回ずつ申請可能です。①～④の項目が別であれば分けても申請できますが、できるだけ全て済んでからまとめて申請ください。
	申請期限	令和元(2019)年度の申請期限は、令和2(2020)年3月31日(火) 健保組合[1930A]必着となります。期限に間に合うよう、年度内早期の受診をお勧め致します。期限間近に受診され、申請書と領収書の送付が間に合わない場合は、仮申請等をご案内しますのでご連絡ください。(TEL:03-5202-7791) ご連絡なく申請期限を過ぎた場合は、補助いたしかねます。
	支給方法	被保険者の給与口座(任継者は登録済の郵貯口座)に振込いたします。
	領収書の添付と それにあたっての注意	領収書(原本)を本申請書に添付して提出ください。 原則、項目の記載のない領収書は不可とします。領収書だけで項目やそれぞれの金額などが判別できない場合は、わかる資料を添付するか、医療機関の方に内訳を書き込んでいただくようにしてください。