

子宮がん検査（子宮頸部細胞診検査・子宮体がん検査・エコー検査）を受診しましたので補助金を申請いたします。

### 子宮がん検査等 補助金申請書

（被保険者が記入するところ）

被保険者証の		被保険者の氏名		フリガナ	
記号	番号			印	
被保険者の住所		〒 -			
受診者	氏名	生年月日	昭和・平成	年	月 日
受診医療機関名	名称				
	所在地				
受診日	平成	年	月	日	自己負担金 円
検査項目	どれか1つに○を付けてください ・子宮頸部細胞診検査 ・子宮体がん検査 ・エコー検査				
補助金支給方法	※ 当月25日までに当健保組合に到着した分（補助金申請書）を、翌月25日に各事業所経由で支給します。				

下記の内容を満たした領収書（原本）を裏面に貼付（のり付け）してください。

・受診者の氏名と金額、受診年月日、検査項目（子宮頸部細胞診検査・子宮体がん検査・エコー検査）が記載してあること
---

※ 申請書に領収書を貼付し、当健保組合または各事業所健保担当者へ提出してください。

（健保記入欄）

補助支給額					円	理事長	常務理事	事務長	担当者
事業所受付年月日 及び担当者氏名	健保受付年月日 (健保記入欄)		支払年月日 (健保記入欄)		備 考				
オークマ健康保険組合									

- （注意）
- ① 補助の対象は、検査項目のいずれか1項目のみ
  - ② 補助金額は上限2,000円（2,000円未満の場合は実費）
  - ③ 当補助金を申請する場合、当健保組合が実施する自己採取の子宮頸がん検査（郵送検診）は、利用できません。
  - ④ 健康保険証を使用した治療目的の検査（保険適用）は対象外です。