

健 保 負 担	円	常務理事	事務長	担当者	担当者
支払年月日	令和 年 月 日				

被保険者用 乳がん・子宮頸がん検診補助金申請書

日本製紙健康保険組合 御中 申込年月日 令和 年 月 日

被 保 険 者	被保険者証 の記号・番号	-	被保険者の 氏名	フカナ		
	被保険者の 勤務する 事業所	名称				
		所在地				
		所属		電話番号		

受 診 者	氏名	フカナ		続柄	本人	
	生年月日	昭・平	年 月 日 (歳)	電話番号		
	医療機関	名称				
		所在地				
	受診日		月 日 ()	費用総額	円	
	検診項目	検診項目	補助額上限		単価	
乳がん検診 (マンモ又はエコーいずれか)		補助額上限 7,000円(税込)		円		
子宮頸がん検診(細胞採取) (HPV・体がんは補助対象外)		補助額上限 5,000円(税込)		円		
受 取 代 理 人 の 欄	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人(事業主)に委任します。 令和 年 月 日					
	被保険者住所 (申請者) 氏名					
	代理人所在地 (事業主) 名称					

注意事項)

- ・必ず領収証(原紙)を添付してください。
- ・**領収証の内訳には、受けた検診項目が明記されていること。**
- ・健康保険の適用となる検査や医療行為を受診した場合(マイナ保険証・資格確認書を使用)は申請対象外。
- ・事業所で実施している集団健診で既に対象の検診を受けた場合、個人申請は対象外。

受 付 印