

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 7 年 5 月 1 日

被 保 険 者	被保険者証 の記号・番号	111 - 88888	被保険者の 氏名	〒111-8888 ニホン ハナコ 日本 華子		
	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	〒111-8888 ニホン ハナコ 日本 華子		続柄	本人
	生年月日	昭(平) ● 年 ● 月 ● 日 (●● 歳)	電話番号	000-000-0000	
医 療 機 関	名称	■ ■ ■ ■ ■ 病院			
	所在地	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □			
受診日	4 月 1 日 (金)	費用総額	6,500 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)	4,500 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)	2,000 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 7 年 5 月 1 日				
	被保険者 (申請者) 住所	●●●●●●●●●●			
	氏名	日本 華子			
	代理人 (事業主) 所在地				
	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