

# 子宮頸がん検診 費用補助申請書

提出日 年 月 日

保険証の 記号 - 番号	—	被保険者名	
被保険者の 事業所・部署名		日中連絡先	( ) —
受診者	被保険者との続柄 ( 本人 ・ )	生年月日 (年齢)	年 月 日 ( ) 歳
居住地 (市区町村)		自治体の補助	有り ・ 無し
受診医療機関		医療機関所在地 (市区町村)	
受診日 (西暦)	年 月 日	自己負担した 検診費用	円

## 《記入上の注意事項》

- 年は西暦で記入、居住地および医療機関所在地は、都道府県と市区町村まで記入してください。
- 自治体補助を差し引いた検診費用を記入（被保険者は自己負担分全額補助、被扶養者は自己負担分の70%補助）

《領収書は原本を糊付け、検診結果はコピーをクリップ留めで添付してください》

## こちらへ領収書を糊付けし、検診結果を添付してください

(事務処理の都合上、領収書サイズが大きい場合は画面の左端に揃えて貼り付けてください。)

### 《申請および補助における注意事項》

- ★ 領収書および検診結果の記載内容をご確認ください。  
子宮頸がん検診を受診した領収書であること。保険適用で受診していないこと。2年度に1回の補助であり、前年度に費用の補助を受けていないことを確認してください。
- ★ 領収書は補助対象であるかご確認ください。  
受診期間：5月1日～翌年1月31日  
補助対象：20歳以上34歳以下の被保険者本人および被扶養者
- ★ 申請書提出期限は、3月20日まで（健保組合必着）

《お問合せ先》 **サンゲツ健康保険組合**  
〒451-8575 名古屋市西区幅下一丁目4番1号  
直通 052-564-3199

《健保使用欄》		照合済係印	健保組合支払印	健保組合受付印
補助金額	円			
2年度に1回のみ費用補助				
毎月20日まで健保組合受付分を翌月給与に合わせて振込				