

乳がん検診・子宮頸がん検診

費用補助申請書

被保険者証 記号 - 番号	統一ID
2001 -	A
会社名	所属部署名
被保険者名	

費用補助を申請する検査項目に☑を付け、該当検査項目の太枠内を全て記入して下さい。

検査項目		費用補助上限額
☐マンモグラフィー検査	健診日	合計10,000円まで
	20 年 月 日	
	健診実施機関	
	検査費用	
	円	
☐乳房超音波検査	健診日	合計10,000円まで
	20 年 月 日	
	健診実施機関	
	検査費用	
	円	
☐子宮頸部細胞診検査	健診日	5,000円まで
	20 年 月 日	
	健診実施機関	
	検査費用	
	円	

【注意事項】

- ・申請書提出時は以下の条件を全て満たした領収書または明細書の原紙を添付して下さい。
- ・条件を満たさない場合や書類不備のため再提出となり、期日までに提出がない場合は費用補助の対象となりません。
- ・添付する領収書または明細書の原紙余白（表面）に統一IDを記入して下さい。
- ・費用補助は一括請求してください。

<条件>

- ・「費用補助を申請する検査項目名称（マンモグラフィー検査、乳房超音波検査、子宮頸部細胞診検査）」と「検査項目ごとの金額」が記載されている（レシートでの代用は不可）。
- ・領収書宛名に受診者名が記入されている。

乳がん検診・子宮頸がん検診

記入例

費用補助申請書

被保険者証 記号 - 番号	統一ID
2001 - 00000	A000000
会社名	所属部署名
日東電工株式会社	(人財)
被保険者名	
健保 花子	

費用補助を申請する検査項目に☑を付け、該当検査項目の太枠内を全て記入して下さい。

検査項目		費用補助上限額
☑マンモグラフィー検査	健診日	合計10,000円まで
	2024年10月20日	
	健診実施機関	
	〇〇クリニック	
	検査費用 7,000円	
☑乳房超音波検査	健診日	5,000円まで
	2024年10月20日	
	健診実施機関	
	〇〇クリニック	
	検査費用 4,500円	
☑子宮頸部細胞診検査	健診日	5,000円まで
	2024年10月20日	
	健診実施機関	
	〇〇クリニック	
	検査費用 4,500円	

<本記入例の場合>
マンモグラフィー検査、乳房超音波検査の
合計が11,500円
健保補助：10,000円
自己負担：1,500円

【注意事項】

- 申請書提出時は以下の条件を全て満たした領収書または明細書の原紙を添付して下さい。
- 条件を満たさない場合や書類不備のため再提出となり、期日までに提出がない場合は費用補助の対象となりません。
- 添付する領収書または明細書の原紙余白（表面）に統一IDを記入して下さい。
- 費用補助は一括請求してください。

<条件>

- 「費用補助を申請する検査項目名称（マンモグラフィー検査、乳房超音波検査、子宮頸部細胞診検査）」と「検査項目ごとの金額」が記載されている（レシートでの代用は不可）。
- 領収書宛名に受診者名が記入されている。