

子宮頸がん検診及び乳がん検診費用補助金支給申請書

○申請者(組合員) 平成 年 月 日 提出

被保険者証・組合員証 記号番号	71 - - 72 - -	組合員氏名	(フリガナ)
自宅住所	〒 - -		
電話番号	( ) -	1 携帯 ・ 2 勤務先 ・ 3 自宅 4 その他( )	

※平日の日中に連絡の取れる電話番号を記入してください。

○申請内訳

受検者氏名	(フリガナ)		
生年月日・ 年度末年齢	大正 昭和 年 月 日 ( 歳) ←年齢は、検診を受ける年度の末日での年齢です。 平成		
申請理由 奇数年齢で検診費用の補助を申請する場合は記入してください	1～3のうち該当する数字を○(マル)で囲んでください。 <b>※注意※前年度(偶数年齢時)補助を受けている場合は補助の対象になりません。</b> 1 前年度(偶数年齢時)にがん検診の補助を受けなかったため。 2 奇数年齢時に受けた検診の方が補助額が高くなるため。 3 その他( )		
検査内容	子宮頸がん検診 (20歳以上の偶数年齢対象)	乳がん検診 (40歳以上の偶数年齢対象)	子宮頸がん+乳がんセット (40歳以上の偶数年齢対象) ※内訳を領収書等によりご確認のうえ記入してください。
検査年月日	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日
支払った 検査費用	円	円	子宮頸がん 円 乳がん 円 計 円
申請金額	(2,000円限度) 円	(4,000円限度) 円	(2,000円限度) 円 (4,000円限度) 円

※申請前に、裏面の注意事項をご確認ください。

※保険診療による検査は補助の対象になりません。

支給決定額 (組合記入欄)	子宮頸がん検診	円
	乳がん検診	円

○補助金振込先(組合員本人の預金口座に限ります。)

振込先に誤りがあった場合は送金できませんので、できる限り通帳の口座番号等の記載面(ゆうちょ銀行の場合は振込み用の口座番号等の記載面)の写を添付してください。写を添付される場合は記入不要です。

金融機関名	支店名	預金種類	口座番号	口座名義人(組合員)
フリガナ 銀行・信用金庫 信用組合・農協 労働金庫	フリガナ 支店 (出張所)	1 普通 (総含を含む) 2 当座		フリガナ
金融機関コード	支店コード	(右づめでご記入ください。)		

※「ゆうちょ銀行」を指定する場合は、振込用の『店名(漢数字3桁)・預金種目・口座番号(7桁)』を確認のうえ記入してください。

※金融機関・支店の統廃合により、金融機関名等が変更になっているときは、変更後の金融機関情報を記入してください。

領収書の原本を貼付又は添付してください。

領収書には、必ず次の内容が記載されているかご確認ください。記載されていない場合は、その内容が記載された明細書を添付してください。

- (1) 検査を受けた方の氏名
- (2) 検査内容(子宮頸部細胞診・マンモグラフィー)
- (3) 検査費用(複数の検診を併せて受けている場合は、内訳を記載してもらってください。)
- (4) 検査を受けた病(医)院名、電話番号

注意事項・補助対象・申請書送付先は、裏面に掲載しています。

○注意事項

- 1 補助額は、下記の「補助対象」に該当する組合員及び組合員の世帯に属する被保険者1人につき、年度内1回、子宮頸がん検診 **2,000円**、乳がん健診 **4,000円** を限度とします。
- 2 子宮頸がん検診と乳がん検診両方の補助金を申請する場合は、両方の検査を受けてからまとめて申請してください。
- 3 この申請書は、下記の「申請書送付先」へ送付してください。申請期間は、検査料金を支払った日の翌日から2年間です。
- 4 申請書提出の翌月末日までに入金されていないときは、下記の「お問い合わせ先」へご照会ください。
- 5 この申請書に記載していただく個人情報については、子宮頸がん検診及び乳がん検診費用の補助に関してのみ使用し、他に利用することはありません。
- 6 申請書に添付していただく領収書等の情報は、検診費用の傾向分析やその公表を目的として、統計的な処理を行い、個人を特定しない範囲で活用することがあります。

○補助対象

	子宮頸がん検診	乳がん検診
検査方法	子宮頸部の細胞診(自己採取法を除く)による子宮頸がん検診(問診、視診、内診、コルポスコープ検査を含む。) ※1 ※注意※ 体部細胞診、卵巣超音波検査は補助の対象外です。	マンモグラフィー(乳房X線検査)による乳がん検診(問診、視診及び触診を含む。) ※1 ※注意※ 乳腺エコー(超音波)検査は補助の対象外です。
対象者	20歳以上で偶数年齢の女性 ※2 (20、22、24歳…)	40歳以上で偶数年齢の女性 ※2 (40、42、44歳…)
補助金額	年度内1回、2,000円を限度とする。 ※3	年度内1回、4,000円を限度とする。 ※3
申請方法	<ul style="list-style-type: none"> <li>・申請書に領収書を添付し申請してください。組合員の口座へ振り込みます。</li> <li>・厚生中央病院、中部・関西健康管理センターについては、窓口で、検査料金から補助額を差し引いた額をお支払いください。(組合への申請は不要です。)</li> </ul>	

※1 保険診療及び組合の補助を受けた人間ドックの基本検査項目に含み受検した場合は、補助の対象外です。

※2 検診を受けた年度の末日(3月31日)時点での年齢です。ただし、前年度に当該補助を受けていない場合は、奇数年齢であっても補助対象となります。

※3 検診費用が補助限度額に満たないときは、検診費用額を限度に補助します。

○申請書送付先及びお問い合わせ先

名 称	所 在 地	電 話 番 号
全国土木建築国民健康保険組合 関東事務所	〒102-8532 東京都千代田区麴町3の2(麴町共同ビル内)	03(5210)4380(代)