

人間ドック・子宮がん検診補助金申請書

上記について、下記のとおり健康診断等を実施しましたので、添付書類を添えてご報告申し上げますとともに、補助金の申請をいたします。

|        |               |        |  |
|--------|---------------|--------|--|
| 記号・番号  | —             | 被保険者氏名 |  |
| 住 所    | 〒 — TEL ( ) — |        |  |
| 受診年月日  | 令和 年 月 日      | 受診者氏名  |  |
| 実施健診機関 | 所在地           |        |  |
|        | 名 称           |        |  |

| 受診種別 および 組合補助金 ※窓口で精算済の場合は申請不要です |      |           |       |
|----------------------------------|------|-----------|-------|
| 種 別                              | 実施人数 | 1人当たり補助単価 | 補助金合計 |
| 人間ドック                            | 人    | 円         | 円     |
| 子宮頸がん検診                          | 人    | 円         | 円     |
| 合 計                              | 人    | 円         | 円     |

※規定項目を受診してください。

※太枠内は記入しないでください

|                                                                                                                                |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 【添付書類】                                                                                                                         |  |
| 人間ドックの場合<br>①領収証（ <b>原本</b> ） ②健診結果の写し（全ページ） ③問診票（ <b>40歳以上の被保険者・被扶養者のみ必要</b> ）                                                |  |
| 子宮頸がん検診の場合 ※子宮頸がん検査の領収証には以下の5点の記載が必須です。<br>①領収証（ <b>原本</b> ） ②受診者氏名 ③検査費用 ④検査年月日 ⑤医療機関名と医療機関の領収印等<br>⑤検査内容（子宮頸部細胞診であることが分かるもの） |  |

※振込希望金融機関は、「被保険者本人名義」の口座に限らせていただきます。

|        |                          |                                                                                               |     |    |
|--------|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----|
| 公金受取口座 | <input type="checkbox"/> | マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します<br>※ 利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 。利用しない場合は下記の欄を記入 |     |    |
| 金融機関名  |                          | 銀行・信用金庫・農協                                                                                    | 支店名 | 支店 |
| 普通・当座  | 口座番号                     | フリガナ<br>口座名                                                                                   |     |    |

（事務処理欄）

|       |          |     |     |
|-------|----------|-----|-----|
| 支給決定日 | 令和 年 月 日 |     |     |
| 常務理事  | 事務長      | 担当者 | 担当者 |
|       |          |     |     |

受付印

## 注意事項

### 人間ドックの場合

- ・35歳以上の当健保の被保険者、被扶養者が対象です（年度中に35歳に到達する方も含みます）。
- ・特定健診項目を含む人間ドックを受診してください。
- ・上記健診項目の受診を満たしていない場合は、補助対象となりません。
- ・生活習慣病に関わらないオプションの補助はしておりません。  
（例：脳ドック・PET検査・アレルギー検査・リウマチ検査など）
- ・補助金額は上限32,000円、補助回数は年度につき1回です。
- ・健診受診日に健保加入者でない場合は補助を受けることはできません。
- ・JAST健保指定ドックや日本システム技術専用人間ドック等、健保指定の医療機関で受診し、窓口で補助金額を差し引いた金額をお支払いした場合は、当申請書による申請は不要です。

### 子宮頸がん検査の場合

- ・20歳以上の当健保の被保険者、被扶養者が対象です（年度中に20歳に到達する方も含みます）。
- ・補助対象となる検査は子宮頸部細胞診です。  
また、医師採取法のみ補助対象となり、自己採取検査は補助対象外です。
- ・補助対象外項目を同時に受診した場合は、補助対象検査項目の費用のみ支給いたします。
- ・市区町村等で別途補助を受けている場合は、補助金額を差し引いた実費のみが補助対象です。
- ・補助金額は実費の全額、補助回数は年度につき1回です。
- ・検査当日に健保加入者でない場合は補助を受けることはできません。
- ・日本システム技術専用人間ドックのオプションで子宮頸がん検査を受診し、窓口で補助金額を差し引いた金額をお支払いした場合は、当申請書による申請は不要です。