

# 乳がん・子宮がん検診補助申請書

提出日 令和 2年 6月 1日

被保険者欄	記号	番号	氏名	健保太郎	
	被保険者等 (左づめ)	1 2	1 2 3 4 5 6 7	電話番号 (日中の連絡先)	<input checked="" type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 携帯 092 ( 123 ) 〇〇〇〇 <input type="checkbox"/> 自宅
会社名 事業所・所属	〇〇〇株式会社 〇〇営業所 〇〇グループ				

受診者申請欄	受診者氏名	続柄	検診項目	検診日	検診費用 (支払額)	健保補助額 (上限1,500円)
	健保 花子	妻	乳がん	R 2・5・10	3,000 円	円
		子宮がん	R . .	円	円	

## 【注意事項】

- 補助対象者は、検診受診日に当健保組合の資格がある方です。
- マイナ保険証等を使用しての検診受診分(保険診療)は補助対象外となります。
- 40歳以上の方で特定健診と同時に上記検診を受診した場合は、「特定健診・人間ドック(オプション検査)補助申請書」で申請してください。

## 【添付書類】

- 「領収書」原本を添付してください。(以下の点をご留意ください。)

### 領収書に必要な記載事項

- 受診者名(フルネーム)
- 検診受診日
- 検診費用金額(他の経費が含まれている場合は、内訳がわかるもの)
- 乳がん・子宮がんの記載(記載がない場合は、検診医療機関にて追記をご依頼ください。)
- 検診医療機関名称と連絡先

※領収書に上記必要事項が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一緒に添付してください。自治体等の領収書に氏名の記載がない場合は、受診者氏名が確認できる「案内ハガキ」又は、健診結果等の写しを一緒に添付してください。

## 【申請書の提出先】

※補助申請は、速やかにご提出ください。  
(費用を支払った日の翌日から2年を経過し当健保組合に届いた場合は補助できません。)

勤務先	提出先
九州電力 九州電力送配電	GBP 労務・福祉サービスグループ ※新人事労務システム申請が必要です。
上記以外	各事業所の労務(総務)担当部署 ※詳しくは事業所の担当者にご確認ください。
任意継続被保険者	当健保組合へ直接ご郵送ください。(郵送先：〒810-0004 福岡市中央区渡辺通2-1-82)