

申請日 年 月 日

常務理事	課長	担当

子宮頸がん・乳がん検診補助金申請書

《対象者と補助金額》 下記年齢の、丸井健保に加入する被保険者・被扶養者

検診名	検査内容	対象年齢 (年度末3月31日時点)	補助金額
子宮頸がん検診	頸部細胞診検査	20歳以上	上限5,000円
乳がん検診 *年齢により、対象となる 検診内容が異なります	超音波(エコー)検査	30～39歳 40歳以上の奇数年齢	いずれか 上限5,000円
	マンモグラフィ検査 *ご希望により超音波(エコー)検査に変更可能	40歳以上の偶数年齢	

《ご利用にあたっての注意点》

本人負担割合100%の自費で受診した検診が対象です。
丸井健保の補助による婦人科検診受診は、年度内(4/1～翌年3/31)にいずれか1回となります。

*数字は右詰で記入

申請者 (被保険者)	会社名					所属				
	被保険者証	記号	番号				氏名(戸籍性)			
		電話番号 *日中の連絡先					インサークル利用の有無*いずれかにレ点 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			

利用者	氏名				加入区分 *いずれかにレ点	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者
	生年月日 (西暦)	年	月	日	年度末年齢 (3月31日時点)	歳

《申請内容》 受診した検査項目にレ点し、支払金額を記入してください。

*年度末(4月1日～翌年3月31日)時点の年齢により、利用できる検査項目が変わります

検査項目	子宮頸がん検診		乳がん検診	
	頸部細胞診 *経膈エコーは対象外	超音波エコー	マンモグラフィ	
年度末年齢				
20歳～29歳	<input type="checkbox"/>			
30歳～39歳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
40歳以上 奇数年齢	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
40歳以上 偶数年齢	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				*超音波(エコー)検査に変更可能
受診日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
検診料支払金額	円	円	円	円
*健保記入欄 補助金額 上限5,000円	円	円	円	円

《添付書類》 医療費や診療費明細書・領収証など、下記①～⑥の項目が記載された書類のコピー

- ①医療機関名 ②受診者名 ③受診日
④負担割合(自費受診分が補助対象) ⑤金額 ⑥検診名

*乳がん検診は、超音波エコー検査かマンモグラフィ検査いずれかを記載

《確認項目》 提出前に、すべての項目にチェックがつくかご確認ください。

- 申請書はすべて記入しましたか？
 受診に保険証を使っていませんか？
 添付書類に①～⑥の項目が記載されていますか？
 年度内に、丸井健保の他の婦人科検診制度を利用していませんか？(予定含む)
 ・人間ドックの婦人科検診 ・提携クリニックでの婦人科検診 ・巡回乳がんエコー検診
 *ただし、人間ドックに含まれる婦人科検診を受診されなかった場合は対象となります。

《支払方法》 申請に基づき、被保険者の給与口座にお振込みします。

毎月月末到着分を翌月給与払い(当年度受診分申請期限:翌年度4月10日必着)

20230401