（保健事業書類№５）

# 子宮頸がん検診　補助金請求書

以下をご確認頂き、□に✓をご記入ください。

□　**自費で受診した検診が補助対象です。健康保険証で受診した場合（保険診療）は、補助対象外です。**

□　補助は年度内１回限り上限5,000円です。生活習慣病予防健診受診者は、補助金請求できません。

□　補助対象者は、次の①～③です。

①2024年3月31日時点で、20・22・24・26・28・30・32・34歳の被保険者（本人）

②2024年3月31日時点で、35歳以上の偶数年齢の被保険者（本人）で、一般健診を受診した方

③2024年3月31日時点で、35歳以上の偶数年齢の被扶養者（家族）で、一般健診を受診した方

□　補助対象の検査方法は、「**子宮頸部細胞診**」です。

| | |
|---|---|
| 請求者 | 下記のとおり検診補助金を請求します。<br><br>年　　月　　日<br><br>事業所番号　　（　　）<br>事業所名称<br><br>事業主氏名<br><br>健康保険事務担当者 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 受診者 | 健康保険証の記号番号 | 氏名 | 被保険者（本人）<br>・<br>扶養者（家族） | 年齢※ | 健保記入欄　決定額 |
| | ― | | | 歳 | |
| | 該当する□に✓をご記入ください。 | | 子宮頸がん検診<br>受診日 | | 要した金額<br>（税込） |
| | □　20～34歳の被保険者 | | | | |
| | □　35歳以上で一般健診を受診した被保険者（本人） | | 年 | | 円 |
| | □　35歳以上で一般健診を受診した被扶養者（家族） | | 月　　日 | | |

※2024年３月31日時点での年齢をご記入ください。この年齢が奇数年齢の場合は補助対象外です。

| | |
|---|---|
| 提出書類 | ご提出前に提出書類をご確認頂き、□に✓をご記入ください。<br>□　子宮頸がん検診補助金請求書（本紙）<br>□　受診者・検診項目・検診費用の確認できる医療機関の領収書（原本）<br>→領収書添付欄にのり付けしてください。領収書原本は返却できません。<br>□　子宮頸がん検診結果（コピー可） |

提出先：被保険者が在籍する事業所

補助金のお支払いは、事業所経由となります。

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 健保記入欄 | 年齢 | 健診 | 本人<br>家族 | その他 |

# 領収書添付欄

領収書はこちらにのり付けしてください。