

レディースオプション補助金申請書 (奇数年齢用)

記入例

対象：40歳以上の女性被保険者（任意継続被保険者除く）

申請日 2026 年 9 月 8 日

健康保険の記号番号	被保険者氏名	年齢	電話連絡先	令和8年度の健診受診日・健診機関名
180 — 456	連合 花子	49歳	〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇	2026/6/8 〇〇〇〇〇〇健診センター

令和7年度レディースオプション補助金について

- 補助金を受給した 補助金受給していないため今年度に繰り越しを希望 補助金受給していないが今年度に繰り越しを希望しない

令和7年度の乳がん検診（マンモグラフィ検査）について

- 健診受診時に受診 任意の医療機関（契 **それぞれ該当する項目に** 通院中など特殊事情により受診せず 受診せず（偶数年齢だが受診を希望せず）

令和7年度の子宮頸がん検診について

- 健診受診時に受診 任意の医療機関（契約健診機関以外）で受診 通院中など特殊事情により受診せず 受診せず（偶数年齢だが受診を希望せず）

受診・使用・購入日				検査項目・使途 など		要した金額 (税込)	要した金額 (税別)	要した金額 (税別) 合計
2026	年	7	月 22 日	<input checked="" type="checkbox"/> 疾病の予防	マンモグラフィ検査	4,500	円	10,500
2026	年	7	月 1 日	<input checked="" type="checkbox"/> 生活習慣の改善	スポーツジム7月分の月会費	3,000	円	
2026	年	8	月 1 日	<input type="checkbox"/> メンタルヘルスの改善	スポーツジム8月分の月会費	3,000	円	

ここは自動入力のため、入力（記入）不要

一般健診を受けた方へ

40歳以上女性で一般健診を受けた方はオプション検査B補助金は利用できません。レディースオプションの対象者をご確認のうえレディースオプション補助金を利用ください。

対象者・・・ABC全てに該当していること

※ 2027年3月31日時点の年齢

A: 40歳以上※の女性被保険者（任意継続被保険者除く）で、受診・使用・購入日当日に兼松連合健康保険組合の加入者資格があること

B: 2026年4月1日から2027年3月31日の間に兼松連合健康保険組合の健診（一般健診または生活習慣病予防健診）を受診していること

C: 令和7年度（2025年4月1日から2026年3月31日）の間に、(1)～(4)のいずれかに該当していること

- (1) 乳がん検診（マンモグラフィ検査）・子宮頸がん検診（頸部細胞診）の両方を受診した⇒令和8年度は補助の使途が限定されず補助利用可
- (2) 乳がん検診（マンモグラフィ検査）受診または既に乳がん等に関して通院中など特殊事情があったが、子宮頸がん検診（頸部細胞診）は未受診だった⇒令和8年度は補助の使途が子宮頸がん検診（頸部細胞診）に限定。上限額内であれば残額を他の目的に充当しても可
- (3) 子宮頸がん検診（頸部細胞診）受診または既に子宮頸がん等に関して通院中など特殊事情があったが、乳がん検診（マンモグラフィ検査）は未受診だった⇒令和8年度は補助の使途が乳がん検診（マンモグラフィ検査）に限定。上限額内であれば残額を他の目的に充当しても可

補助対象検査等

- ・ 疾病の予防（女性固有の健康課題に対応するための検査の追加費用*）
- ・ 生活習慣の改善に要する費用
- ・ メンタルヘルスの改善に資する費用

- * 乳がん検診（マンモグラフィ・乳房超音波）、子宮頸がん検診（細胞診）以外のがんに関する検査（HPV検査、腫瘍マーカー等）は対象外
- * 検査・検診は、全額自己負担（保険外診療10割本人負担）で受診した検診が補助対象。保険診療で受診した場合は補助対象外。ただし、歯科検診のみ、保険診療でも補助の対象。

補助額

- ・ 年度内1回限り、上限5,000円
（令和7年度に偶数年齢で補助を利用しなかった方は、繰り越し*分5,000円合わせて上限10,000円）
*偶数年齢時の補助額を奇数年齢に繰り越し可。（奇数年齢から偶数年齢への繰り越しは不可。また、偶数年齢時に一部でも使用した場合は繰り越し不可）

添付（提出）書類

- ① レディースオプション補助金申請書（本紙）
- ② abcいずれかの領収書・明細書
 - a: 被保険者名（フルネーム）、日付、検査項目や使途・品名、要した金額が印字された領収書・明細書（原本）
 - b: 被保険者名（フルネーム）、日付、検査項目や使途・品名、要した金額が確認できる複写式の領収書・明細書（原本）
 - c: 被保険者名（フルネーム）、日付、検査項目や使途・品名、要した金額を発行元が記入し、発行元の押印がある領収書・明細書（原本）

- ・ レシートは不可です。レシートに宛名等を手書きで記載されたものは領収書とはみなしませんので、ご注意ください。
- ・ 領収書と明細書どちらも発行された場合は、どちらも提出ください。領収書のみ、または明細書のみは、不可です。

申請方法・・・AかBどちらかの方法で申請ください

A: 被保険者が兼松連合健康保険組合に直接メールで申請

- ・ 添付（提出）書類①②をPDF化またはスマートフォン等で撮影した画像をメール添付し、申請専用メールアドレス shinsei@krkenpo.or.jp までお送り下さい。①をスマートフォン等で撮影する場合は、上の赤枠部分のみで結構です。
- ・ メール送信時の件名は「健康保険の記号番号」「被保険者氏名」をご入力下さい。例：180-426 連合花子
- ・ 申請期限は、2027年4月12日（月）です。

B: 事業所（勤務先）経由で申請

- ・ 添付（提出）書類①②を事業所（勤務先）に提出してください。
- ・ 申請期限は、事業所（勤務先）にご確認ください。

申請専用メールアドレス

shinsei@krkenpo.or.jp

のQRコードはこちら



補助金支払

- ・ 申請方法ABいずれも事業所経由

レディースオプション補助を受ける検査や使用・購入は年度内でしたら兼松連合健康保険組合の健診（一般健診または生活習慣病予防健診）受診前でも可能ですが、申請は健診後にお願いします。

子宮頸がん検診・乳がん検診（マンモグラフィ検査）を受診し、後日補助を利用し精算される方は、このレディースオプション補助金申請書と頸がん検診・乳がん検診（マンモグラフィ検査）補助金申請書を同時にご提出ください。