（保健事業書類№3）

記入例

子宮頸がん検診　補助金申請書（20歳～39歳偶数年

申請日　2026　年　7　月　5　日

誕生年（生まれ年）を入力また記入。

●健康保険の記号番号・被保険者氏名・受診者情報（被保険者または被扶養者の区分・氏名・誕生年・誕生月・年齢）をご入力（記入）下さい。

健康保険の記号番号	被保険者氏名	受診者の区分	氏名・誕生年・誕生月・年齢		健保記入欄
123　―　4567	組合太郎	☐ 被保険者			
		☑ 被扶養者	組合花子	1988　年　5　月生まれ　年齢　38　歳	健診・年齢

※ 2027年３月31日時点での年齢をご記入ください。

誕生月（生まれ月）を入力また記入。

●受診者の該当する☐に✓をご入力（記入）下さい。　診日と要した金額をご入力（記入）下さい。

	子宮頸がん検診受診日	要した金額（税込）
☐ 20以上34歳以下偶数年齢の被保険者		
☐ 35歳以上39歳以下偶数年齢で一般健診を受診した被保険者（本人）	2026　年　6　月　5　日	4,400　円
☑ 35歳以上39歳以下偶数年齢で一般健診を受診した被扶養者（家族）		
		健保記入欄　決定額

（注）補助対象の検査方法は、「子宮頸部細胞診」

誕生年・誕生月を入力した場合は、ここは自動計算のため入力不要
記入する場合は、年齢入力必要

申請については、HPをご覧ください。

領収書・明細書　原本添付欄

申請方法❷（事業所（勤務先）経由）の場合は、こちらに領収書・明細書の原本を添付ください。
スペースが足りない場合は、裏面に添付ください。
領収書原本は返却できません。