

子宮頸がん検診・乳がん検診（マンモグラフィ検査）補助

記入例

(対象：40歳以上偶数年齢の被保険者・被扶養者)

申請日 2026年 年 9 月 29 日

●健康保険の記号番号・被保険者氏名・被保険者または被扶養者の口に✓・受診者（偶数年齢に限る）氏名・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	受診者の区分と氏名		受診者の年齢※	健保記入欄
180 - 425	組合太郎	<input type="checkbox"/>	被保険者	48歳	健診 レディースオプション
		<input checked="" type="checkbox"/>	被扶養者		

※2027年3月31日時点での年齢をご記入ください。

●補助金を請求する項目の口に✓し、受診日・受診機関名・要した金額（税込）をご記入下さい。

検診項目	受診日	受診機関名	要した金額（税込）	健保記入欄
<input checked="" type="checkbox"/> 子宮頸がん検診（注1）	2026年 年 8 月 1 日	〇〇〇〇クリニック	¥4,400	
<input type="checkbox"/> 乳がん検診（注2） （マンモグラフィ検査）	年 月 日			

（注1）補助対象の検査方法は、「子宮頸部細胞診」（注2）補助対象の検査方法は、「マンモグラフィ検査」となり、「乳房超音波」は補助対象外

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です。保険診療で受診した場合は補助対象外ですのでご注意ください。（通院されている場合や自覚症状がある方は、補助対象外です。）

対象者・・・abc全て該当すること

※2027年3月31日時点の年齢

- a: 40歳以上偶数年齢（※）の被保険者・被扶養者で、受診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: 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: 兼松連合健康保険組合の健診で子宮頸がん・乳がん検診を受診していないこと

補助額

- ・ 年度内1回限り、子宮頸がん検診上限5,000円、乳がん検診（マンモグラフィ検査）上限5,000円

添付（提出）書類

- ① 子宮頸がん検診・乳がん検診（マンモグラフィ検査）補助金申請書（本紙）
- ② 受診者・検診項目（子宮頸部細胞診・マンモグラフィ検査）・検診費用の確認できる医療機関発行の領収書・明細書（原本）
注意：医療機関の押印または医療機関担当者印がある医療機関による手書き領収書・明細書は申請可能ですが、医療機関以外による手書き領収書・明細書は不可です。
- ③ 検診結果票（写）

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（受診者が被扶養者の場合でも被保険者が申請）
 - ・ 添付（提出）書類①～③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」（受診者が被扶養者であっても、被保険者氏名）をご入力下さい。例：180-425 組合太郎
 - ・ 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①～③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



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）受診後に、申請下さい。

被保険者でレディースオプション補助制度を利用される方は、この子宮頸がん検診・乳がん検診（マンモグラフィ検査）補助金申請書と一緒にレディースオプション補助も申請下さい。