

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（任意継続者用）

(対象：40歳以上偶数年齢の被保険者・被扶養者)

申請日 年 月 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□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
—		<input type="checkbox"/>	被保険者		健診
		<input type="checkbox"/>	被扶養者		

※ 2026年3月31日時点での年齢をご記入ください。

●郵便番号・住所・電話番号・振込希望金融機関名・支店名・口座番号・フリガナ口座名義をご入力（記入）下さい。

郵便番号	住所					電話番号
〒	-					
振込希望金融機関名		支店名			口座番号	フリガナ口座名義（被保険者に限る）
					支店	普通 当座

●補助金を請求する項目の□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 type="checkbox"/> 子宮頸がん検診（注1）	年	月	日					
<input type="checkbox"/> 乳がん検診（注2） (マンモグラフィ検)	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。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

- 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

- ・添付（提出）書類①～③を当組合に郵送で提出してください。

申請期限は、2026年4月10日（金）です。

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。