

子宮頸がん検診 補助金申請書

申請日 2025 年 7 月 5 日

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	組合花子		1987 年 5 月生まれ	38 歳
				☒ 被扶養者				
●健康保険の記号番号・被保険者氏名・受診者情報 (健康保険の記号番号・被保険者氏名・受診者情報) をご入力 (記入) 下さい。								
●受診者の該当する□に✓をご入力 (記入) 下さい。								
☐ 20以上34歳以下偶数年齢の被保険者				子宮頸がん検診受診日		要した金額 (税込)		
☐ 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)				2025 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 (生まれ年) を入力また記入。

誕生月 (生まれ月) を入力また記入。

※ 2026年3月31日時点での年齢をご記入ください。

誕生日と要した金額をご入力 (記入) 下さい。

誕生日・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② (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。