

# 子宮頸がん検診 補助金請求書

以下をご確認頂き、□に✓をご記入ください。

- 自費で受診した検診が補助対象です。健康保険証で受診した場合（保険診療）は、補助対象外です。
- 補助は年度内1回限り上限5,000円です。生活習慣病予防健診受診者は、補助金請求できません。
- 補助対象者は、次の①～③です。
  - ①2025年3月31日時点で、20・22・24・26・28・30・32・34歳の被保険者（本人）
  - ②2025年3月31日時点で、35歳以上の偶数年齢の被保険者（本人）で、一般健診を受診した方
  - ③2025年3月31日時点で、35歳以上の偶数年齢の被扶養者（家族）で、一般健診を受診した方
- 補助対象の検査方法は、「子宮頸部細胞診」です。

請求者	下記のとおり検診補助金を請求します。
	年 月 日
	事業所番号 ( )
	事業所名称
	事業主氏名
	健康保険事務担当者

受診者	健康保険証の記号番号	氏名	被保険者（本人） 扶養者（家族）	年齢※ 歳	健保記入欄 決定額
		—			
	該当する□に✓をご記入ください。		子宮頸がん検診		要した金額
	<input type="checkbox"/> 20～34歳の被保険者		受診日		(税込)
	<input type="checkbox"/> 35歳以上で一般健診を受診した被保険者（本人）			年	円
	<input type="checkbox"/> 35歳以上で一般健診を受診した被扶養者（家族）			月 日	

※2025年3月31日時点での年齢をご記入ください。この年齢が奇数年齢の場合は補助対象外です。

提出書類	ご提出前に提出書類をご確認頂き、□に✓をご記入ください。
	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診補助金請求書（本紙）
	<input type="checkbox"/> 受診者・検診項目・検診費用の確認できる医療機関の領収書（原本） →領収書添付欄のり付けしてください。領収書原本は返却できません。
	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診結果（コピー可）

提出先：被保険者が在籍する事業所

補助金のお支払いは、事業所経由となります。

健保記入欄	年齢	健診	本人 家族	その他
-------	----	----	----------	-----

## 領収書添付欄

領収書はこちらにのり付けしてください。