

子宮頸がん検診 補助金請求書 任意継続用

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。

記入例

下記のとおり検診補助金を請求します。

2024年 7 月 23 日

保険証の記号番号	500-6425	請求者（被保険者）氏名	組合 太郎
住所	〒000-0000 大阪府00市0000 00-00 00000000	電話番号	000-0000-0000
振込機	△△△△△△△ 銀行 信用金庫 信用組合	△△△△△△△支店	普通 当座 口座番号 △△△△△△△
希望金額	名義（請求者となります） (フリガナ) クミアイ タロウ 組合 太郎		

受診者	健康保険証の記号番号	氏名	被保険者（本人）	年齢※	健保記入欄 決定額
	500 - 6425	組合花子	扶養者（家族）	38歳	
	該当する□に✓をご記入ください。		子宮頸がん検診 受診日	要した金額 (税込)	
<input type="checkbox"/>	20～34歳の被保険者				
<input type="checkbox"/>	35歳以上で一般健診を受診した被保険者（本人）		2024年		
<input checked="" type="checkbox"/>	35歳以上で一般健診を受診した被扶養者（家族）		6 月 1 日	4,400円	

※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。 <ul style="list-style-type: none"><input checked="" type="checkbox"/> 子宮頸がん検診補助金請求書（本紙）<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 子宮頸がん検診結果（コピー可）
------	---

提出先：兼松連合健康保険組合

提出期限：2025年4月10日（木）

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。

領収書原本