

***** 病院等で負担した費用の補助を申請する場合は、この用紙をご使用下さい。 *****

受診後 健保へ提出してください

令和 年 月 日

石塚硝子健康保険組合 御中

乳がん・子宮がん検診 補助金申請書

記号【1桁】	番 号【4桁】	所 属	被保険者氏名	生年月日
			印	S・H 年 月 日

* 記号番号は、保険証上段太字記載のものです。

1) 請求該当項目に○をして下さい。

乳がん検診			子宮がん検診		
エコー	マンモ	エコー+マンモ	頸癌	体癌	頸癌+体癌
(40歳以上)	(40歳以上)	(40歳以上)	(50歳以上)	(50歳以上)	(50歳以上)

2) 振込口座

金融機関	銀行 金庫 信組					本店 支店 出張所
	普通					

3) 添付書類

①領収書(写) ②診療明細書(写)

4) 補助の条件

【対象者】 被保険者(受診日現在)

【検診先】 希望する健診機関・医療機関 等

【補助額】 上限 : 1項目 5000円

(医療機関で保険使用)・・・がん検診の部分のみが対象。添付書類の①②で判断します。

【その他】 各項目年度内1回 (ドック・定期健診受診時のオプションを含む)

【請求から振込までの流れ】 ※可能な限り(乳がん・子宮がん)を同時に申請してください。

各自予約 ⇒ 各自受診 ⇒ 健保宛(申請書+添付書類)送付 ⇒

⇒健保受付 ⇒ 20日締、28日口座振込 (暦により多少ずれます。)

-----以上

様

令和 年 月 日

石塚硝子健康保険組合

令和 年 月に申請のあった補助金について、下記の通り支給額を決定いたします。

		受診日	請求額	支給決定額	差異の理由
乳がん	エコー				
	マンモ				
	小計				
子宮がん	頸がん				
	体がん				
	小計				
合計額					

ご不明な点は、健康保険組合 0587-37-2410 までお問い合わせ下さい。