

※健保使用欄				
常務理事	事務長	担当者	決定年月日	令和 年 月 日
			支給金額	円

婦人科単独検診補助金申請書

※太枠内ご記入ください(数字は右詰)。必要箇所に☑もしくは○をつけてください。

保険者証 住 所	記号	フリガナ			被保険者		
	番号	受診者氏名			被扶養者		
	〒	—	昭・平 年 月 日生 歳			※令和8年3月末時点の年齢	
		都 道 府 県	TEL			— —	
	医療機関 健診機関名	受診区分			<input type="checkbox"/> 自費受診(10割負担) <input type="checkbox"/> 人間ドック受診時のオプション検査 <input type="checkbox"/> 生活習慣病健診受診時エコーのみ自費で受診		
受 診 日	子宮頸がん	年 月 日	検査費用	円	※ 健 保 使 用 欄	補助金額	円
	マンモグラフィ	年 月 日	検査費用	円		補助金額	円
	エコー	年 月 日	検査費用	円		補助金額	円

マンモグラフィかエコーはどちらかのみを選択してください。(併給不可)

※被保険者の口座を記入してください(ゆうちょ銀行可)

被 保 険 者 の 口 座	銀行等口座				預金種別	預金口座名義人の氏名
	銀行	金庫	組合	農協		
	店	支店	出張所	1. 普通 2. 当座 3. 通知 4. 別段	フリガナ	
	預金口座番号					

申 込 要 領 ・ 注 意 事 項 等	<p>■申請用紙に必要事項記入し、領収証原本、検査結果の写しを添付してください。</p> <p>■領収証に、氏名、受診日、医療機関名、検査名、金額が記載されていること、領収印をご確認ください。</p> <p>※事業所名宛の領収証は不可</p> <p>■補助金は被保険者の口座宛に支給いたします。</p> <p>■補助対象：自費(10割負担)にて受診した子宮頸がん検査及びマンモグラフィ検査もしくはエコー(超音波)検査</p> <p>※以下は補助対象外です。提出前にご確認ください。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・領収証が明細等の記載がないレシートである ・領収証の宛名が事業所名称になっている ・健保組合補助の生活習慣病健診受診時に同時に受診している(子宮頸がん・マンモグラフィ) ・保険診療で受診している(保険証を提示し、通院している病院で医師の指示により検査を受けた) ・市区町村配布のクーポン、市民検診を利用して受診している 	
	■対象年齢	子宮頸がん：年度内20歳以上の被保険者、被扶養者 マンモグラフィ・エコー：年度内40歳以上の被保険者、被扶養者
	■補助金額	子宮頸がん：2,000円を上限とする(上限に満たない場合は実費を支給) マンモグラフィ・エコー：3,000円を上限とする(上限に満たない場合は実費を支給)
	■対象期間	令和7年4月1日～令和8年3月31日までに受診したもの
	■請求期間	令和7年4月1日～令和8年4月10日(金)必着

大阪府電気工事健康保険組合 理事長殿

上記のとおり、婦人科単独検診補助金を申請いたします。

令和 年 月 日
事業所名
被保険者氏名

※被保険者氏名欄に署名なきものには補助金の支給はできません。

大阪府電気工事健康保険組合

TEL 06-6486-9013