

※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

## 令和4年度 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)

医療機関 健診機関名										
保険者証	記号				フリガナ					被保険者
	番号				受診者名					被扶養者
住所	〒 -				昭・平 年 月 日	年齢 歳	※年度末の年齢			
	都道府県				TEL - -					
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			

※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	店	1. 普通 2. 当座 3. 通知 4. 別段	フリガナ
	金庫	支店	預金口座番号	
	組合			
	農協	出張所		

申込要領・注意事項等	■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。
	■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。 ※レシート不可
	■偶数年度に一度のみ補助いたします。次回は2024年度(令和6年度)実施予定です。
	■補助金は被保険者の口座宛に支給いたします。
	■補助対象：自費にて受診した子宮頸がん検査及びマンモグラフィ検査 ※健保組合補助の生活習慣病健診受診時、保険診療で検査したものは補助対象外です
	■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：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：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4年4月1日～令和5年3月31日までに受診したもの	
■請求期間：令和4年4月1日～令和5年4月14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