

令和7年度 医療費削減対策事業、がん対策推進
「子宮頸がん検診」助成金申請書

下記の者は、別記交付要領に基づく、子宮頸がん検診を受診したことを確認したため、
以下のとおり助成金を申請します。

令和 年 月 日

静岡県自動車販売健康保険組合 あて

事業所名 事業主氏名	代表 印
---------------	---------

申請金額	助成金 @2千円 × 人 = 円
	助成金 @2千円未満 × 人 = 円
	計 人 = 円
事業所の 振込口座	銀行 支店 普・当 () 口座名 ()

	健保番号	氏 名	領収日(又は受診日)	領収金額	年齢・資格等 チェック欄
1				円	
2				円	
3				円	
4				円	
5				円	
6				円	
7				円	
8				円	
9				円	
10				円	
11				円	
12				円	
13				円	
14				円	
15				円	
16				円	
17				円	
18				円	
19				円	
20				円	

- 【対象年齢】 … ●子宮頸がん検診は22歳以上の偶数年齢の被保険者及び被扶養者
- ※1.子宮がん検診は、子宮頸がん検査が対象です。1人上限2千円までの実費支給となります。
- ※2.自己負担された領収金額(又は請求金額)等を確認のうえ、必要事項を記入して下さい。
- ※3.本申請に誤りがなければ、事業主様の代表印を押印のうえ、申請をお願いします。
- ※4.用紙は適宜コピーのうえ使用して下さい。所要項目が同じであればExcelで作成した書式でも可能です。
- ※5.被扶養者からの申請は、被扶養者用の「家族がん検診助成金申請書」で申請ください。