

# 令和8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2,000円迄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。