

健 保 負 担	円	常 務 理 事	事 務 長	担 当 者	担 当 者
支 払 年 月 日	令和 年 月 日				

被扶養配偶者用 乳がん・子宮頸がん検診補助金申請書

日本製紙健康保険組合 御中

申込年月日 令和 4 年 5 月 1 日

被 保 険 者	被 保 険 者 証 の 記 号 ・ 番 号	111 - 88888	被 保 険 者 の 氏 名	フリガナ ニホン タロウ 日本 太郎	
	被 保 険 者 の 勤 務 す る 事 業 所	名 称	●●●●●●●●●●		
		所 在 地	○○○○○○○○○○		
		所 属	▲▲▲▲▲▲	電 話 番 号	△△△△△△△△

受 診 者	氏 名	フリガナ ニホン ハナコ 日本 花子	続 柄	妻	
	生年月日	昭 平 ● 年 ● 月 ● 日 (● ● 歳)	電 話 番 号	000-000-0000	
	医 療 機 関	名 称	■ ■ ■ ■ ■ ■ 病 院		
		所 在 地	□ □ □ □ □ □ □ □		
	受 診 日	4 月 1 日 (金)	費 用 総 額	6,500 円	
	検 診 項 目	検 診 項 目	補 助 額 上 限	単 価	
乳がん検診 (マンモ又はエコーいずれか)		補助額上限 7,000円 (税込)	4,500 円		
子宮頸がん検診(細胞採取) (HPV・体がんは補助対象外)		補助額上限 5,000円 (税込)	2,000 円		
受 取 代 理 人 の 欄	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人(事業主)に委任します。 令和 4 年 5 月 1 日				
	被 保 険 者 (申 請 者)	住 所	●●●●●●●●●●		
	代 理 人 (事 業 主)	所 在 地	氏 名	日本 太郎	
	代 理 人 (事 業 主)	名 称			

注意事項)

- ・必ず領収証(原紙)を添付してください。
- ・領収証の内訳には、**受けた検診項目が明記されていること。**
- ・健康保険の適用となる検査(保険証を使って受けた検査)、または医療行為を受診した場合は、申請対象外。
- ・事業所で実施している集団健診で既に対象の検診を受けた場合、個人申請は対象外。
- ・**健診案内冊子(ハピルス健診サイト)で受診される方は個人申請対象外。その中で受診してください。**

受 付 印