

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				

被保険者用 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 年 月 日

被 保 険 者	被 保 険 者 証 の 記 号 ・ 番 号	-	被 保 険 者 の 氏 名	フカナ		
	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	フカナ		続 柄	本人	
	生年月日	昭・平 年 月 日 (歳)	電 話 番 号			
	医 療 機 関	名 称				
		所 在 地				
	受 診 日	月 日 ()	費 用 総 額	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)	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)	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。					
	被 保 険 者 住 所 (申請者) 氏名	令和 年 月 日				
	代 理 人 所 在 地 (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。

受 付 印