

						理事長	常務理事	事務長	係	保健師

支 払 金 額							円
---------	--	--	--	--	--	--	---

婦人科がん検診 受診券申請書／補助金請求書

豊 島 健 康 保 険 組 合 御 中

記号・番号は、①マイポータル ②資格情報のお知らせ ③資格確認書(健康保険証)のいずれかでご確認ください。

令和	年	月	日
----	---	---	---

被 保 険 者 等	記号		事業所名	被保険者氏名		
	番号			受診者氏名 ⑩ 続柄		
検査メニュー (No.・メニュー名称)			受診(予約)日	検査料	受診検診機関名・所在地 (契約機関の場合は、所在地記入不要)	受診券 交付希望
No.		乳がん	年 月 日		名称	☐ 要 ☐ 不要
		所在地				
No.		子宮がん	年 月 日		名称	☐ 要 ☐ 不要
		所在地				
受 取 希 望 方 法			☐ 振込 / ☐ 契約検診機関への直接支払い			
(振込受領の場合) 振込先口座 ※受診券の場合記入不要			銀行 支店		☐ 普通 / ☐ 当座 NO.	
					給与口座で ☐ ある / ☐ ない	

※給与指定口座でない場合は、本人名義の通帳またはキャッシュカードのコピーを添付してください。

添 付 書 類	・検診を受けた検診機関等の発行した領収証で、 <u>検診項目が明記されたもの</u> ・検診結果表(契約健診機関で受診される場合は不要です)
補 助 金 限 度 額	乳がん検査：3,500円まで 子宮がん検査：3,000円まで 但し、上記金額未満の場合は実費支給(上限金額以上は自己負担)
受 診 対 象 期 間	4月～翌年2月、年度内各1回請求可(年度内にご請求ください)
対 象 検 診 機 関	市町村の保健所・市町村が住民検診として実施する検診機関・一般医療機関 但し、病院等で保険診療にて受けた検査は、補助対象外です。

*この申請によって取得する個人情報は、当組合の補助金支払事務・健診後の保健指導・統計および分析を目的として利用致します。

*当組合では、契約検診機関で実施された検査内容の確認および、検査結果についての統計・分析のために検診機関より検査結果の報告を受けています。