支払金額								円

理事長	常務理事	事務長	係	保健師

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

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 ㊞	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
乳がん No.	年　月　日		名称		□ 要 □ 不要
			所在地		
子宮がん No.	年　月　日		名称		□ 要 □ 不要
			所在地		

検査結果	□ 異常なし / □ 要経過観察 / □ 要治療
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、検診項目が明記されたもの ・検診結果表(もしくは結果欄へ記入) (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。