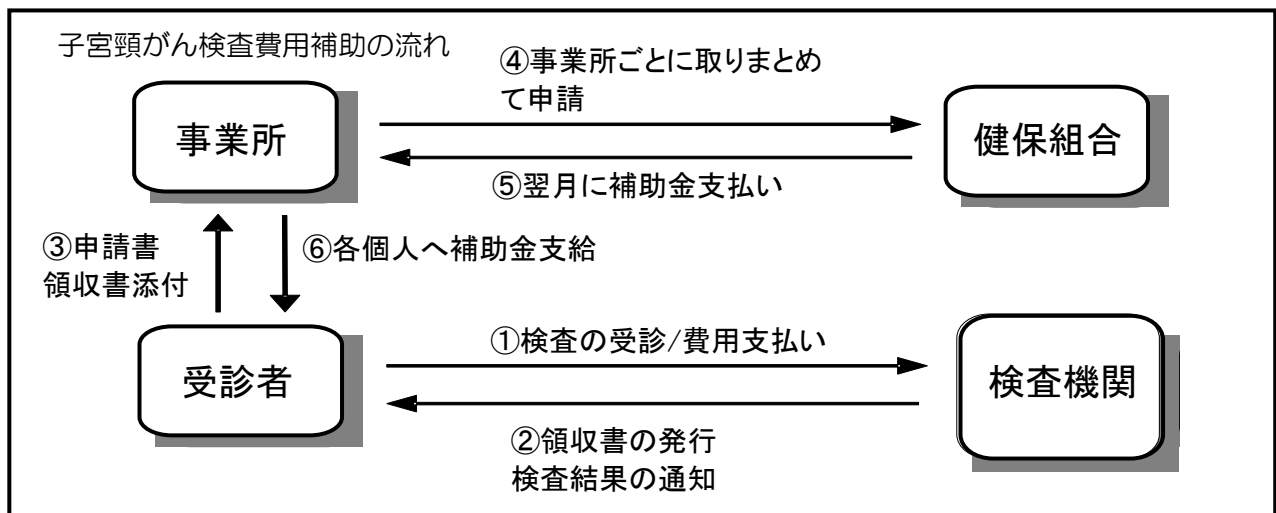


## 子宮頸がん検査補助金申請書 [被保険者用]

下記の制度内容を確認し補助金を申請します。 令和 年 月 日

会社名	
記号-番号 (被保険者証でご確認ください)	—
氏名 (自署の場合は印は不要です)	Ⓜ
生年月日と年齢	昭・平 年 月 日 歳
受診した健診機関	
検査を受けた日付	令和 年 月 日
ご負担した金額	円



## ※子宮頸がん検査費用補助金制度について

- ◇国が定めた指針では子宮頸がん検査は、2年に1回程度の受診頻度が適当とされています。
- ◇対象者は、20歳以上～30歳未満(年度内の4月から翌年3月)の女性被保険者です。  
30歳以上の方は、生活習慣病予防健診・人間ドックを受診時に併せてお受けください。
- ◇保険診療で受診した検査は対象外です。
- ◇市区町村で実施した健診を受診した際の、受診者負担金は補助の対象外です。
- ◇補助金額は子宮頸がん2,000円と実負担額のいずれか少ない額で、支給は年度内1回に限ります。
- ◇子宮頸がん検査であることが明記されている領収書(原本)を添付してください。
- ◇申請および支払いは事業主経由で行います(任意継続被保険者を除く)。
- ◇申請の締めは各月末で、事業主への支払は各翌月です。
- ◇申請の締切は受診した年度の3月末までですので、手続きは迅速に行ってください。
- ◇本申請書に記載された個人情報(任意継続被保険者を除く)は当組合の健診事業のみで利用し、他の目的には使用しません。

※裏面に領収書(原本)を糊づけして事業所の担当部署に提出してください。

健保使用  
年齢確認

--