

①

<注意>消せるボールペンは  
使用しないでください

## 乳がん子宮がん検査 事後精算申請書

対象：当健保組合加入の女性被保険者

申請日(西暦)	20		年		月		日	事業所名	
健康保険証 記号-番号(左詰め)			-					被保険者氏名	
日中連絡先(左詰め)	会社・個人								

検査内容	実施日(西暦)							金額		支給決定額(健保記入)		
( ) マンモグラフィ	20			年			月			円		円
( ) 乳房エコー	20			年			月			円		円
( ) 子宮頸部細胞診	20			年			月			円		円

振込先情報 (給与口座)	銀行名				銀行コード				支店名				支店コード	
	種別		口座番号				口座名義				口座名義カナ			
普通														

- \* 申請対象者は女性被保険者です。
- \* 申請者(被保険者)本人の給与口座名義を記入ください。
- \* 振込先の記入に間違いがあると補助金のお支払いができない場合があります。
- \* 申請受付期間は受診年度中の4月1日～翌年3月10日(土日祝日の場合その翌営業日)までとし、年度に1回のみ受付します。
- \* 検診を数回に分けて受診した場合は領収証を複数回分あわせて添付ください。
- \* 原則として毎月15日までに届いた申請について翌月末営業日の前日に補助金を給与口座にお支払いいたします。
- \* 健康保険証を使用して実施した場合は、治療行為の一部とみなされますので補助の対象外となります。☒

### ✓ 提出前にご確認ください！！

- 申請書の太枠内の記入漏れはありませんか？
- 領収書の原本を添付していますか？(明細書だけでは受理できません)
- 振込先情報は「給与口座」を記入していますか？

※領収書には、対象者氏名、接種金額、接種日、但し書き、医療機関名(および押印)の記載が必要です。

【健康保険組合使用欄】

支給決定額	受付日付印
円	

【送付先】郵便または社内便で送付ください。

〒110-8560 東京都台東区台東1-5-1 トッパングループ健康保険組合  
「乳がん子宮がん検査事後精算受付担当」宛

②

## 乳がん子宮がん検査領収書添付用紙

検査後、領収書の上部をのりづけし、この用紙またはA4用紙に添付してください。

のりしろ