

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		日	円	円
() 乳房エコー	20		年		月		日	円	円
検査結果 <small>ご自身で検査結果を転記してください ※判定記入で検査結果報告と代えさせていただきます。</small>	<input type="checkbox"/> A: 異常なし <input type="checkbox"/> B: 要再検査・要精密検査 <input type="checkbox"/> C: その他 <small>■国のガイドラインにより「要再検査」又は「要精密検査」と判定された項目について、早期検査による疾病予防や重症化防止を図ることを目的としております。</small>								
() 子宮頸部細胞診(医師採取のみ)	20		年		月		日	円	円
() HPV検査(医師採取のみ)	20		年		月		日	円	円
() 超音波検査(経膈)	20		年		月		日	円	円
検査結果 <small>ご自身で検査結果を転記してください ※判定記入で検査結果報告と代えさせていただきます。</small>	<input type="checkbox"/> A: 異常なし <input type="checkbox"/> B: 要再検査・要精密検査 <input type="checkbox"/> C: その他 <small>■国のガイドラインにより「要再検査」又は「要精密検査」と判定された項目について、早期検査による疾病予防や重症化防止を図ることを目的としております。</small>								

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。
- * 保険診療で受診した場合の費用補助は一律1種類1,500円(上限を下回る場合は実費)のみです。
- * 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。
- * 検診・保険診療問わず申請は年度に1回費用補助を行います。(各項目を1度にまとめてご提出ください)
- * 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。

✓ 提出前にチェックしてください!!

- 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?
- 結果が「要精密検査」の場合は速やかに医療機関で検査を受診してください。

※領収書には、対象者氏名、金額、検査日、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】

- ・受診期間 4月1日～翌年3月31日
- ・申請期間 翌年4月10日健保組合必着

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 TOPPAN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

◀見本1：健康診断として受診した場合▶

領 収 書		20XX/5/15
健保 花子 殿		
金 5,000 円		
子宮頸がん検診費用として上記の通り領収しました		
東京都台東区台東1-5-1 印		
〇〇クリニック		

領収書兼請求明細書							
患者番号	氏名		発行日		保険区分		負担割合
	健保 花子		2019年5月10日				
	診察料	医学管理等	在宅医療	検査	画像診断	投薬	注射
診療費金額	点	点	点	点	点	点	点
負担金額	円	円	円	円	円	円	円
保険外金額	円	円	円	円	円	円	円
	リハビリテーション	精神科専門療法	処置	手術	麻酔	病理診断	放射線治療
診療費金額	点	点	点	点	点	点	点
負担金額	円	円	円	円	円	円	円
保険外金額	円	円	円	円	円	円	円
自費項目	文書料	健康診断	自費検査	予防接種	その他	合計	
15,000円	円	円	円	円	円	円	
	診療費金額	負担金額	保険外金額	総合計（請求金額）		東京都台東区台東〇〇〇〇〇〇	
合計点数	点	円	円	15,000円		健康クリニック 印	
診療費合計	円	円	15,000円	乳房エコー検査費用として 15,000円		TEL:00-0000-0000	

※保険診療(3割負担)の場合は一律一点1,500円となります。

◀見本2：保険診療で受診した場合▶

①

領収書兼請求明細書							
患者番号	氏名		発行日		保険区分		負担割合
	健保 花子		2019年5月10日				
	診察料	医学管理等	在宅医療	検査	画像診断	投薬	注射
診療費金額	点	点	点	点	点	点	点
負担金額	円	円	円	円	円	円	円
保険外金額	円	円	円	円	円	円	円
	リハビリテーション	精神科専門療法	処置	手術	麻酔	病理診断	放射線治療
診療費金額	点	点	点	点	点	点	点
負担金額	円	円	円	円	円	円	円
保険外金額	円	円	円	円	円	円	円
自費項目	文書料	健康診断	自費検査	予防接種	その他	合計	
15,000円	円	円	円	円	円	円	
	診療費金額	負担金額	保険外金額	総合計（請求金額）		東京都台東区台東〇〇〇〇〇〇	
合計点数	点	円	円	15,000円		健康クリニック 印	
診療費合計	円	円	15,000円	15,000円		TEL:00-0000-0000	

②

+

診療明細書			
患者番号	氏名	健保 花子	
受診科	受診日	20XX/ 5/ 30	
区分	項目名	点数	回数
初	初診料	288	1
検査	超音波検査（断層撮影法）（胸腹部）		1
	：ウ 女性生殖器領域	530	1
病理診断	子宮内膜組織採取	370	1
	*細胞診（婦人科材料等）1部位	150	1
	*病理判断料	150	1
健康クリニック			

領収書（①）および検査実施内容の確認
できる明細書（②）を添付ください。