

# 婦人科等検診助成金支給申請書

被保険者証 記号・番号		事業所の 名 称	
受診者氏名		生年月日	平成 年 月 日 昭和
※受診された項目番号と検診実施機関等に○をつけ、各項目の受診年月日・自己負担額及び合計金額をご記入ください。 (市=お住いの市区町村実施検診、ド=生活習慣病健診(人間ドック)等、他=その他、医療機関等予約による検診)			
検診項目	検診実施機関等	受診年月日	検診に要した 自己負担額
1. 胃 検 診	市・ド・他	令和 年 月 日	円
2. 大腸検診	市・ド・他	令和 年 月 日	円
3. 子宮がん検診	市・ド・他	令和 年 月 日	円
4. 乳がん検診	市・ド・他	令和 年 月 日	円
自己負担額合計			円
上記のとおり婦人科等の検診を受けましたので、助成金の支給申請をします。			
令和 年 月 日			
郵便番号 〒			
被保険者 住 所			
氏 名			
宮城県自動車販売健康保険組合 殿			

## 【注 意 事 項】

- ※1 領収書原本を裏面に貼付のうえ、事業所担当者様へご提出ください。
- ※2 健康保険診療の自己負担分(被保険者証提示による3割負担分)は、助成対象外ですのでご注意ください。(他の健康保険診療と同時受診でも、全額自己負担の検診分は対象となります。)
- ※3 生活習慣病健診等と同時受診の自己負担分は、受診機関によって既に3千円を助成済みの場合があります。重複助成は出来ませんのでご了承ください。
- ※4 助成対象は一項目につき3千円を限度とします。(3千円を下回った場合は全額助成します。)
- ※6 申請は一世帯1回のみとなりますので、全項目が受診終了後にご請求ください。
- ※7 領収書に検診項目名の記載が無い場合は、内容のわかる明細書を貼付してください。