

人間ドック利用券使用	有・無
保険証使用	有・無

# 婦人科検診補助金申請書 (加入者女性本人用)

★ 領収書は裏面に「のりづけ」してください。

★ 注意事項をご確認の上、以下の太枠内を記入してください。

申請者 (受診者)	保険者証の記号—番号	フリガナ	
	—	氏名	
	生年月日	年齢	
	(西暦) 年 月 日	歳	

申請内容	実施内容	①支払額	②支払額の 7割 (①×0.7)	③補助 上限額	【健保記入欄】 支給額 (②と③の低い額)
	1. 乳がん検診(30才以上)			¥4,700	
	2. 子宮がん検診(20才以上)			¥3,800	
	3. 乳・子宮がんのセット検診 (30才以上)			¥8,500	
支給決定額					

委任状	LIXIL健康保険組合理事長 殿 上記による受給される金額の受領について、事業主から健康保険組合 に届出のある受領代理人に委任いたします。 令和 年 月 日
	被保険者氏名 <span style="float: right;">印</span>

注意事項	注1) 保険証を使用しての検査は補助対象外です。
	注2) 人間ドックで利用券を使用して「子宮がん」「乳がん」検査を受診されている場合は、健保補助済みとなりますので、本申請はできません。
	注3) 補助額は支払額の7割(上限額あり)を補助いたします。 ※小数点以下の端数は切り捨て
	注4) 領収書は原本で、「受診者名」・「乳がん、子宮がん検査名」の記載があるものを裏面にのり付けしてください。内容が不明なものは受付できません。
	注5) レディースコースなどで乳がん検診と子宮がん検診がセット価格で単価が不明なものは「乳・子宮がんのセット検診」に記入してください。 健保が医療機関に単価を確認して修正する場合があります。
	注6) 月末までに健保が受理した申請書に対し、翌々月の給与にて支給します。
	注7) 自署の場合は押印を省略できます。
	注8) 消せるボールペン使用不可です。

記入例	・無 ・無
-----	----------


## 婦人科検診補助金申請書 (加入者女性本人用)

★ 領収書は裏面に「のりづけ」してください。

★ 注意事項をご確認の上、以下の太枠内を記入してください。

申請者 (受診者)	保険者証の記号—番号	フリガナ	ケンボ ハナコ
	131 — * * * * *	氏名	健保 花子
	生 年 月 日	年 齢	
	(西暦) 1968年5月1日	* * 歳	

申請内容	実施内容	①支払額	②支払額の 7割 (①×0.7)	③補助 上限額	【健保記入欄】 支給額 (②と③の低い額)
	申請内容	1. 乳がん検診(30才以上)	6,000	¥4,200	¥4,700
2. 子宮がん検診(20才以上)		4,000	¥2,800	¥3,800	
3. 乳・子宮がんのセット検診 (30才以上)				¥8,500	
支給決定額					

委任状	LIXIL健康保険組合理事長 殿	自署(名前を直接手書きで記入)の場合、押印を省略できます。
	上記による受給される金額の受領について、事業主から健康保険組合に届出のある受領代理人に委任いたします。	
	令和**年 **月 **日	
	被保険者氏名 健保 花子 	

注意事項	<p>注1) 保険証を使用しての検査は補助対象外です。</p> <p>注2) 人間ドックで利用券を使用して「子宮がん」「乳がん」検査を受診されている場合は、健保補助済みとなりますので、本申請はできません。</p> <p>注3) 補助額は支払額の7割(上限額あり)を補助いたします。 ※小数点以下の端数は切り捨て</p> <p>注4) 領収書は原本で、「受診者名」・「乳がん、子宮がん検査名」の記載があるものを裏面にのり付けしてください。内容が不明なものは受付できません。</p> <p>注5) レディースコースなどで乳がん検診と子宮がん検診がセット価格で単価が不明なものは「乳・子宮がんのセット検診」に記入してください。 健保が医療機関に単価を確認して修正する場合があります。</p> <p>注6) 月末までに健保が受理した申請書に対し、翌々月の給与にて支給します。</p> <p>注7) 自署の場合は押印を省略できます。</p> <p>注8) 消せるボールペン使用不可です。</p>
------	--