（令和6年12月改定）

健保確認欄		
	人間ドック利用券使用	有 ・ 無
	健康保険使用	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）	被保険者等の記号一番号	ﾌﾘｶﾞﾅ	
	一	氏名	
	生　年　月　日	年齢	
	（西暦）　　年　　月　　日	歳	

	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)			¥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　　印

注意事項

注1 健康保険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づけしてください。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。**

記入見本

（令和6年12月改定）

健保確認欄		
	人間ドック利用券使用	有 ・ 無
	健康保険使用	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）	被保険者等の記号一番号	ﾌﾘｶﾞﾅ	ケンポ ハナコ
	１３１－〇〇〇〇〇	氏名	健保 花子
	生 年 月 日	年齢	
	（西暦） ＊＊年 ＊＊月 ＊＊日	＊＊ 歳	

	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				

自署（名前を直接手書きで記入）の場合は、押印を省略できます。

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 ： 健保 花子 （健保）

注意事項

注1 健康保険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づけしてください。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。**