

常務理事	事務長	係

ノリタケグループ健康保険組合 御中

## 婦人科がん検診補助金申請書

提出日 〇〇〇 年 〇 月 〇 日  
事業所・所属名 (株)〇〇〇〇 〇〇部  
連絡先電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇  
被保険者氏名 則武 花子 (印)

必要書類を添付のうえ、補助金を申請します。

補助金額合計 5,000 円

- ※乳がん検診(マンモグラフィーか乳腺エコーどちらか一方)2,500円  
子宮頸がん検診(子宮頸部細胞診【医師採取】)2,500円  
※検診費用が補助額を下回る場合は、実費を補助  
※保険証を使用した場合(検査)は補助の対象外  
※申請期限 3月31日(年度末)健保必着

健康保険証	記号	〇〇〇	番号	〇〇〇〇〇
受診者氏名	則武 花子			
医療機関名	〇〇クリニック			
受診項目	受診日	補助金額		
乳がん検診	〇〇〇〇 年 〇 月 〇 日	2,500 円		
子宮頸がん検診	〇〇〇〇 年 〇 月 〇 日	2,500 円		

※提出書類 1) 検診結果(写し) 2) 領収書(原本)

※検診結果は、本人の健康管理と当健保組合の統計資料等疾病予防事業に活用