

| | | | | | | |
|----------------|----------|---|-------|------|-----|-----|
| 下記の金額支出してよろしいか | | | | 決裁欄 | | |
| 支給額 | 円 | 款 | 保健事業費 | | | |
| 起案年月日 | 令和 年 月 日 | 項 | 保健事業費 | 常務理事 | 事務長 | 担当者 |
| 決裁年月日 | 令和 年 月 日 | 目 | 疾病予防費 | | | |

被保険者 婦人科検診補助金支給申請書

*太枠内を記入してください。

ナブテスコグループ健康保険組合 理事長殿

令和 5 年 10 月 25 日

| | | | | | |
|----------------|-------------------------|------------------|------------|---------|---------|
| 被保険者証 記号・番号 | 99-1234 | 被保険者氏名 (社員氏名) | 神戸 花子 | | |
| 生年月日 | 昭和 平成 55 年 12 月 15 日 | 所属事業所 | 〇〇〇〇〇〇(株) | | |
| ↓ 受診した検診に ○ | 受診年月日 | 受診医療機関名 | 費用 | | |
| ○ | 乳がん (マンモグラフィ) | 令和 5 年 10 月 20 日 | 〇〇〇〇〇〇〇〇病院 | 5,500 円 | |
| ○ | 子宮頸がん | 令和 5 年 9 月 25 日 | 〇〇〇〇〇〇〇〇病院 | 4,400 円 | |
| | | | | 合計額 | 9,900 円 |

◎ 訂正する場合、二重線で消して訂正印を押してください。

下記の説明を読んで請求してください。

| | |
|--------|---|
| 説 明 | <p>補助を受けられるのは、当組合の被保険者かつ以下の条件を満たす方になります。</p> <p>◇乳がんマンモグラフィ・・・40 歳以上の方 事業所の生活習慣病検診で乳がんエコー検診を受ける場合は補助の対象外です。マンモグラフィとエコー検査どちらから一方の受診が補助対象です。 令和 5 年度の対象者 昭和 58 年以前生まれの方</p> <p>◇子宮頸がん・・・20 歳以上の方 令和 5 年度の対象者 平成 15 年以前生まれの方</p> <p>◆ 人間ドックのオプションとして検診を受診した場合も補助金の申請が可能です。ただし領収書等で補助金対象の検診であることと検診費用が分かる場合に限りです。</p> <p>◆ 自治体の行う検診を受診した場合の自己負担金も補助の対象となります。</p> <p>注) 保険診療扱い(窓口で3割負担)として受けた検査は補助金支給対象外となります。</p> |
| | <p>ア. 「領収証」(検診項目等の記載がされている:右記領収書貼付参照)原紙を添付ください。</p> <p>イ. 給与加算もしくは健保へ登録されている口座へ振込いたします。(お勤めの事業所により異なります) ※給与加算以外の事業所の方 現在、振込口座を健保組合に未登録の場合は「健保振込先口座 登録依頼書」を当組合 web サイトより出力、または事業所健保担当者・健保組合まで問い合わせてください。</p> |

問合せ・送付先

〒651-2271 神戸市西区高塚台7丁目3-3
ナブテスコグループ健康保険組合
TEL (078) 996-3700

——受付日付印——