

北陸電力健康保険組合

本部常務理事 様

受付No.		受付印	
給付決定額			
給付承認欄	常務理事	事務長	担当

令和6年度 乳がん・子宮がん 検診補助金申請書 (被保険者・被扶養者)

※保険証 上欄にある記号番号を右づめて記入 ↓ ※加入者1名につき1年度1申請となります。(乳がん・子宮がんの両方申請される場合はまとめて申請ください)

被保険者証	記号	番号	被保険者名
事業所名	所属名		
連絡先	外線 () -	内線 -	

受診者氏名	生年月日	昭和・平成	年齢	受診者区分	本人・被扶養者
申請内容	1.乳がん マンモグラフィ検査	検診日 令和 年 月 日	受診医療機関	検診費用	円
		受診方法 1.一般病院で受診 2.定期健診のオプションで受診 3.人間ドックのオプションで受診			
	2.乳がん 超音波検査(エコー)	検診日 令和 年 月 日	受診医療機関	検診費用	円
		受診方法 1.一般病院で受診 2.定期健診のオプションで受診 3.人間ドックのオプションで受診			
3.乳がん 検診セット マンモグラフィ検査 + 超音波検査(エコー)	検診日 令和 年 月 日	受診医療機関	セット検診費用	円	
	受診方法 1.一般病院で受診 2.定期健診のオプションで受診 3.人間ドックのオプションで受診				
4.子宮がん検査	検診日 令和 年 月 日	受診医療機関	検診費用	円	
	受診方法 1.一般病院で受診 2.定期健診のオプションで受診 3.人間ドックのオプションで受診				

◆補助対象と詳細 (基準日: 令和7年3月31日)

- ・検診日が令和6年4月1日～令和7年3月31日 (申請締切り令和7年4月15日 健康保険組合 宮森 必着)
- ・乳がん検診 超音波エコー検査 (30歳以上) マンモグラフィ検査 (40歳以上)
- ・子宮がん検診 (20歳以上) ※今年度より20歳以上の方が対象となりました
- ・各検査項目ごとに年度内1回限り (3,000円/各) 限度実費を補助
- ・医療機関にて健康保険を適用の上、がん検査を受けた場合補助対象となりません。
- ・市町村で補助をうけた検診は補助対象となりません。
- ・子宮がん検診は、「子宮頸がん・体がん」両方受診された場合でも補助は3,000円です。
- ・「人間ドックのオプション (追加料金) で受診された場合、補助の対象となる場合があります。

詳しくは担当者までお問い合わせください。

◆申請方法

- ・本用紙に必要事項を記入し、領収証 (原本) および検診結果 (写し) を添付し下記担当者へ提出ください。
- ・加入者1名につき1年度1申請となります。(乳がん・子宮がんの両方申請される場合はまとめて申請ください)
- ・領収証に「検査の内訳」の記載がない場合でも、明細書で確認できる場合は明細書も併せて添付ください。

健診結果 (写し)

領 収 証

①受診者名・②検診日・③超音波エコー検査・マンモグラフィ検査・子宮がん検査の個別の料金④医療機関名と印が明記された領収証であること。
※上記内容がすべて記載されている事をご確認ください。

【領収証の例】

受診日: 令和●年●月●日

受診者名: ●●●●●様

領収金額 15,400円 (税込み)

必須

内訳	乳がん 超音波エコー検査	4,400円
	乳がん マンモグラフィ検査	6,600円
	子宮がん検査	4,400円

領収日 令和●年●月●日

●●●レディースクリニック 印

領収証
原本
糊付け