

《被扶養者（配偶者）専用》

常務理事	事務長	担当者

補助金 支給決定金額	円
---------------	---

2021年度（令和3年度） 被扶養者（配偶者） 婦人科検診補助金請求書

※補助金請求書提出 年1回（まとめてご提出ください）

キューピー・アヲハタ健康保険組合 理事長殿

----- 以下の空欄を全て記入して下さい -----

記入日： 年 月 日

事業所名 [会社名]		部署名	
請求者氏名 [被保険者]			
保険証	記号	検診受診者 (配偶者) 氏名	
	番号		
検診年月日 (和暦)	令和 年 月 日	生年月日 (和暦)	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 (歳)
健診医療機関名 [病院名]			
No.	検診名	検診にかかった費用	補助金等
1	婦人科検診（子宮がん頸部細胞診・乳がんマンモ、エコー）	_____ 円 [※税込み]	対象：20～34 歳 上限 4,000 円の実費 対象：35 歳以上 上限 8,000 円の実費 ※けんぽ共同健診などの健保補助健診で婦人科検診を受診された方は、補助対象外です

提出する書類と注意事項

- 請求書：当用紙の空欄に必要な事項を記入してください
- 婦人科検診の領収書：各検診の料金明細が記載されていること（原本のみ）
- 婦人科検診の結果表：婦人科検診の結果表（コピー可）

[健保 使用欄]

○子宮がん・乳がん ¥ _____ ⇒

< 個人情報保護法における利用目的のお知らせ >
 添付していただいた健診結果表は次のように利用します。
 健保組合：受診確認、健診機関への支払業務、健康分析、結果表をデータベース化。