

【被扶養者用(ご家族の方用)】

※本年度において、人間ドック・婦人科健診、巡回レディース健診などを通じて「乳がん・子宮がん検診」を受けた方は対象外です。

***** 自治体のがん健診で負担した費用の補助を申請する場合は、この用紙をご使用下さい。 *****

受診後 健保へ提出してください

令和 年 月 日

石塚硝子健康保険組合 御中

【自治体専用】 乳がん・子宮がん検診 補助金申請書

記号【1桁】	番 号【4桁】	会社名	所属	被保険者氏名
生年月日		住所		
S・H 年 月 日		〒		

1)請求該当項目に○をして下さい。

乳がん検診	子宮がん検診
エコー ・ マンモ	頸 癌

2)振込口座 ※口座は、被保険者名義のものに限ります。

金融機関	銀行 金庫 信組		本店 支店 出張所
	普通		名義:被保険者本人

3)添付書類

①領収書(写)≪受診項目ごとに金額が判るようにしてください≫ ②検診結果(写し)

②の提供にご協力頂いた方には、Amazonギフト券1,000円/1項目を被保険者経由で後日お渡します

4)補助の条件

【対象者】 石塚硝子健康保険組合加入(受診日現在)
年度末年齢が 20歳以上75歳以下であること

【検診の種類】 住民票のある自治体が実施するがん検診

【補助項目】 乳がん(マンモ or エコー) + 子宮頸癌細胞診

【補助額】 合計3,000円(税込)

【その他】 各項目年度内1回
※同一項目について、既に他の制度で補助を受ける場合は申請不可です。
例) 巡回健診、女性健診など

【請求から振込までの流れ】 ※(乳がん・子宮がん)を同時に申請してください。

各自予約 ⇒ 各自受診 ⇒ 健保宛(申請書+添付書類)送付 ⇒
⇒健保受付 ⇒ 15日締、28日口座振込 (暦により多少ずれます。)

以上

様

令和 年 月 日

石塚硝子健康保険組合

令和 年 月に申請のあった補助金について、下記の通り支給額を決定いたします。

検査項目	受診日	請求額	支給決定額	差異の理由
乳がん(エコー・マンモ)				
子宮頸がん				
合 計				

2026.07.01

ご不明な点は、健康保険組合 0587-37-2410 までお問い合わせ下さい。