| 健保記入欄 | 支給額 円 | 検査費用の額 円<br>（うち対象外の金額） 円<br>**補助対象額** 円 | 常務理事 | 事務長 | 担当 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

# 健康保険 被保険者 被扶養者 婦人科検診補助金支給申請書

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **記入日** | 令和　年　月　日 | | | **対象年度** | 令和　年度 | | | | | | |
| **被保険者証記号・番号** | **記号** | **番号** | **受診者氏名** | ﾌﾘｶﾞﾅ | | **生年月日** | 年 | 月 | 日 | | |
| | | | | | | 昭和・西暦 | | | | | |
| | | | | | | **年度末年齢** | （　　）歳 | | | | |
| **受診者住所** | 〒<br>電話　（　　） | | | | | | | | | | |
| **被保険者氏名** | ﾌﾘｶﾞﾅ | | **続柄** | **本人** | | **在籍事業所部署名** | 電話　（　　） | | | | |
| | | | | **配偶者** | | | | | | | |
| | | | | **その他** | | | | | | | |
| **受診日** | 令和　年　月　日 | | **検査した医療機関** | **名称** | | | | | | | |
| | | | | **所在地** | | | | | | | |
| **検査の種類** | ↓実際に受けた検査の欄すべてに〇を記入してください。以下に該当しない検査の費用は補助金の対象外です。 | | | | | | | | | | |
| | | 子宮がん検査 ※HPV（ヒトパピローマウイルス）検査を除く | | | | | | | | | |
| | | 乳がん検査（超音波） | | | | | | | | | |
| | | 乳がん検査（マンモグラフィー） | | | | | | | | | |
| **検査費用の額** | 円 | | | | | | | | | | |
| **補助金振込先** | ※婦人科検診補助金は事業主（会社）を通じて被保険者に支払います。ただし、会社退職後の申請など特に事情がある場合は個人口座に直接振り込みますので、以下の「振込先金融機関」欄に必要事項を記入してください。 | | | | | | | | | | |
| | **振込先金融機関** | | | | | | | | | | |
| | **金融機関名** | 金融機関コード（　　） | 銀行<br>信金<br>信組 | 支店番号（　　） | 本店<br>支店 | | | | | | |
| | **口座情報** | **種別** | 普通　・　当座 | | | | | | | | |
| | | **口座番号** | | | | | | | | | |
| | | **ﾌﾘｶﾞﾅ** | | | | | | | | | |
| | | **口座名義** | | | | | | | | | |

**【婦人科検診補助金の申請に必要な書類】**

**１．婦人科検診費用補助金支給申請書（本紙）　２．領収書（※原本必須、下記参照）　３．検査結果のコピー（無い場合は省略可）**

**※領収書に関する注意**
**①領収書には検査名（子宮がん検査（頸部細胞診）、乳がん検査（超音波）等）の記載が必要です。**
**②健診の基本コースと合わせて受診した場合は、別々の領収書を発行してもらってください。**
**③複数名で受診された場合は、受診者別に発行してもらってください。**

**【婦人科検診補助金制度について】**

**婦人科検診補助金制度を利用を希望される方は「健康診断ガイドブック」で制度の詳細や注意事項などを必ずご確認ください。**
**健康診断ガイドブックは当健保組合ホームページの「こんな時はどうする？」→「健康診断のご案内」に掲載しております。**
**●ホームページＵＲＬ→　https://www.phc-kenpo.jp/situation9.jsp**

**＜問い合わせ窓口＞**
**ウィーメックス株式会社　コールセンター**
**●電話：0120-507-066　平日・土曜9時～17時30分まで（※日曜・祝日・年末年始休み）**

**【申請書送付先】**　〒151-0051　東京都渋谷区千駄ヶ谷5-21-14　バリューHRビル3F
PHC健康保険組合

受付日印

**【申請書提出期限】**　2025(令和7)年度の補助金の支給は**2026年4月10日**までに健保事務局へ到着した分をもって終了します。2026年4月11日以降に届いた申請は受付できません。