

※ 健 保 欄	支給決定額	常務理事	事務局長	担当課長	担当者

**立替払用 婦人科検診補助額請求書**

被保険者 ・  被扶養者

経済産業関係法人健康保険組合 理事長 殿

被保険者証	記号 <b>1111</b> 番号 <b>2222</b>	利用者の (フリガナ) 氏名	(フリガナ) <b>ケンポ ハナコ</b> <b>健保 花子</b>
生年月日	昭平 <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> <b>9</b> 年 <b>7</b> 月 <b>5</b> 日生 <b>21</b> 歳		
受診 医療機関名	<b>〇〇〇人間ドックセンター</b>		
受診日	平成 <b>30</b> 年 <b>9</b> 月 <b>20</b> 日		
人間ドック・ 単独の別	人間ドックの一部としての婦人科検診受診ですか。それとも単独受診(注1)ですか。 <input checked="" type="radio"/> 人間ドック受診 <input type="radio"/> 単独受診		
備考			

複数の婦人科検診を受診(乳ガンと子宮ガンを別に実施)した場合は、その内訳を下欄に記入。

受診日	医療機関名	支払額	ドック・単独の別
			<input type="radio"/> ドック <input type="radio"/> 単独
			<input type="radio"/> ドック <input type="radio"/> 単独
			<input type="radio"/> ドック <input type="radio"/> 単独
合 計			

上記のとおり、領収書を添えて補助額 **5,000** 円を請求します。

【自ら署名する場合】とは  
●被保険者本人が手書きでフルネームを記載した場合に限ります。  
●第三者による記名、印刷、ゴム印等の場合は、従来通り押印が必要です。

限度額は5,000円です。

平成 **30** 年 **9** 月 **22** 日

被保険者の氏名

**健保 花子**



※被保険者が自らフルネームで署名する場合には、被保険者の押印は不要です。

- 個人で婦人科検診を行った場合や市町村が実施している婦人科検診事業での一部負担金が補助対象となります。ただし、保険診療による婦人科に関する検査費用の医療機関窓口負担は補助対象となりませんのでご注意ください。
- 次の2つの条件を満たした領収書を添付してください。
  - 宛名が受診者名であるもの
  - 受診した婦人科検査名が明記されているもの
 ※領収書に婦人科検査名の記載の無い場合は、受診を証明できる書類(結果表写等)を添付。
- 補助額は当組合加入時に提出いただいた「保険給付金等振込依頼書」の口座宛に振込みます。
- 補助詳細につきましては、当組合ホームページ(<http://www.tsuken.or.jp>)もしくは勤務先の担当課にてご確認ください。
- 補助額の請求期限は、当該年度の3月25日です。