

(任継者用)

NO. _____

支給決定欄	伺の日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	係	係	
	支給額	円					
	補助金 算定基礎	乳がん検診	名 × 3,000円 =	円	被保険者	被扶養者	合計
		子宮がん検診	名 × 3,000円 =	円			
計		名 × 3,000円 =	円	名	名	名	

※上記は記入しないでください。

乳がん検診・子宮がん検診補助金請求書

被保険者証 記号番号	999 -	被保険者氏名	
住所	〒 - 電話番号 - -		
検診を受けた方の氏名	区分	乳がん検診 実施年月日	実施した医療機関名
		子宮がん検診実施年月日	
	本・家	令和 年 月 日	
		令和 年 月 日	
	本・家	令和 年 月 日	
		令和 年 月 日	
	本・家	令和 年 月 日	
		令和 年 月 日	
	本・家	令和 年 月 日	
		令和 年 月 日	
	本・家	令和 年 月 日	
		令和 年 月 日	

【注意事項】

- 申請対象者 20歳以上の任意継続被保険者及び被扶養者
- 実施期間 令和6年4月1日から令和7年3月31日
- 請求受付期限 令和7年4月10日
- 補助金の額 実施期間内に1回のみ、それぞれ3,000円を限度として補助します。
- 添付書類 乳がん検診・子宮がん検診であることが記載された領収書(原則原本)を裏面に添付してください。なお、保険診療分は対象外です。
- その他・市町村のがん検診の助成制度を利用して受診された場合は、補助の対象外です。
・資格喪失日(期間満了、再就職、保険料未納喪失等)以後の検査による補助金請求はできません。

補助金振込先(被保険者本人の口座に限ります。)

金融機関名	支店名	預金種別	口座番号	口座名義人
		普通		フリガナ
		当座		
金融機関コード	支店コード			

受付日付印

上記のとおり請求します。 令和 年 月 日

みづほ健康保険組合理事長 様