トピー健康保険組合理事長　殿

［様式第３号］

任意継続被保険者用

乳がん検査・子宮がん検査補助金申請書

（　１．婦人科検査単独　　２．地方自治体健診　）　※該当の数字を○で囲んでください

※太枠内をご記入ください

記　　号		番　　号		被保険者氏名			
住　　所	〒　　―						
受　診　者	氏 名		生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日 令和		続 柄	
受診医療機関 もしくは自治体							
検 査 項 目	乳がん検査 「乳房ﾏﾝﾓｸﾞﾗﾌｨまたは乳腺超音波(ｴｺｰ)」	子宮がん検査 「子宮頸部細胞診」	※検査費用支払金額は、 受診者が窓口で支払った金額です				
受　診　日	月　　日	月　　日					
検 査 費 用 支 払 金 額	円	円					

年　　月　　日 提出

(注)

１．当補助金支給対象者は、30歳以上の被保険者および被扶養者です。

２．人間ドック、家族ドック、ファミリー健診を受診した方もしくは受診予定の方は当補助金の対象外となります。

３．当補助金は、乳がん検査・子宮がん検査に対するものであり、保険診療については適用外です。

４．この用紙の裏面に受診項目と金額が確認できる領収書、証明書等をのり付けしてください。

５．補助金は当該年度（４月１日から翌年３月３１日）を対象としています。
申請書は翌年度４月５日までに健保組合へご提出ください。

＜例＞ 令和５年９月１日受診分の補助金申請書 ⇒ 令和６年４月５日健保必着

６．補助金申請書の提出先

〒１４１－８６３４
東京都品川区大崎１丁目２－２　アートヴィレッジ大崎セントラルタワー
トピー健康保険組合

支 出 決 定 伺

決裁日		支給額 ¥	常務理事	事務長	担　当
執行日					