

# 平成30年度 乳がん・子宮がん検診 補助金支給申請書(本人)

イオン健康保険組合理事長殿

申請日 平成 30 年 11 月 12 日

※私は、乳がん・子宮がん検診を受診しましたので、下記のとおり申請いたします。

被 保 険 者 ( 請 求 者 )	記号・番号	× - × × × × × ×	会社名 部 室 店 名	イオンリテール (株) 〇〇〇店		
	受診した 被保険者氏名	幕張 恵子 (印)		日中連絡がとれる 電話番号(店舗等)	勤務先：043-123-□□□□ 携帯等：090-1234-〇〇〇〇	
	生年月日	昭和 60 年 1 月 10 日				
	振込先 ※ゆうちょ銀行不可	〇〇〇 銀行 信金	千葉 本・支店	口座 番号 (普)	×××××	フリガナ マクハリ ケイコ 口座名義 幕張 恵子
	検査項目記入欄 ※受診した検査種類をすべて記入してください。					
記 入 欄		受診日	検査種類 (項目)	受診機関名	自己負担額	
	①	30年 10月 10日	乳がん検診	幕張病院	3,500 円	
	②	年 月 日			円	
	③	年 月 日			円	
					自己負担額の合計額	3,500 円

**【注意】乳がん・子宮がん検診補助金申請を行う場合は、同年度で自治体検診補助制度は併用できません。**

## 領収書 (原本) 貼付欄

注 意 事 項	①対象となる検診：医療機関の実施する「乳がん検診」、「子宮がん検診（頸がん・体がん）」 (居住している (住民票がある) 自治体の保健所、保健センターやその委嘱を受けた医療機関が実施する「乳がん検診」「子宮がん検診」を申請する場合は自治体検診補助金支給申請書にて申請願います。)
	②補助額：上限 3,000 円までの実費 (この申請を行う場合は、同年度で自治体検診補助制度は併用できません。)
	③対象者：平成30年4月1日現在、当健康保険組合に加入の30歳以上 (平成31年3月31日現在：平成元年3月31日以前生まれ) の被保険者
	④受診期間：平成30年4月1日～平成31年3月31日
	⑤提出期限：平成31年4月5日 (イオン健康保険組合 必着) *一年分をまとめて年一度のみ申請可
	⑥提出書類： <b>a. この用紙 (補助金支給申請書)</b> <b>b. 領収書の原本</b> (レシート不可) (返却はいたしません) ・検診種類 (項目) および自己負担額が確認できること ・領収書に明記が無い場合、医療費明細書等 (コピー可) 確認できるものを必ず添付下さい。
	⑦振込み：原則、毎月5日迄に受理した申請書については、25日の振込みとなります。 尚、記入もれや添付書類のもれ等がありますと振込みが遅れる場合もありますので ご注意ください。(25日が金融機関休業日の場合は翌営業日以降の振込みとなります) ※ 保険診療扱い (窓口で3割負担) として受けた検査は補助金支給対象外となります。 ※ ゆうちょ銀行への振込みはおこなっておりません。 ※ 提出いただきました書類の返却は行いません。必要な場合は写しをおとり下さい。

<イオン健康保険組合手続き欄> 資格取得日 . . . 資格喪失日 . . .

支給決定何				補助金	出納日印
常務理事	事務長	課長	係		
				円	

