

## 市町村住民健診補助申請書（婦人科検診用）

(18歳以上の女性被保険者対象)

※太枠内をすべて記入ください。

	申請日	令和	年	月		日
健康保険 記号・番号	(記号) (番号)					
被保険者氏名						
生年月日	昭和 平成	年	月	日	年齢	
事業所名称						
所属	(内線) -					
健診主催者 (市区町村名)						
健診場所						
健診年月日	令和	年	月	日	健診に かかった金額	円
添付書類	<b>1) 健診の領収書（受診者名記載） ※原本必須</b> <b>2) 健診案内文書（主催者名、健診日、検査項目、健診の料金等明記のもの）</b> <b>3) 健診結果の写し</b>					

**【補助対象の検診項目】**

- 子宮頸部細胞診・・・・・・・・・・18歳以上の方
- H P V 検査・・・・・・・・・・20歳以上の節目年齢（5歳刻み）の方
- 乳房超音波検査、乳房X線検査・・・30歳以上の方

**【注意事項】**

- ・補助額の支払いは、毎月20日締め（健保必着）、事業所経由で翌月給与振込みとなります。  
（事業所により振込日が異なる場合がございます）  
任意継続の方は加入時に登録した口座へ毎月20日締め、翌月末に振込みします。
- ・補助額の金額につきましては、医療費通知（Web）にてご確認ください。
- ・日特健保が実施している婦人科検診を重複して受診することはできません。重複受診された場合、2度目以降の費用は全額が自己負担となり、日特健保から補助した費用の返還請求をいたします。
- ・健診結果に所見のある方には受診状況を確認するための案内をお送りしますので、回答へのご協力をお願いします。

〈問い合わせ先〉 日本特殊陶業健康保険組合  
TEL052-218-6385

受付	補助額	係	係	事務長	常務理事
	円				

※「日特健保プライバシーポリシー」に基づき、個人情報を目的外には使用しません。