

2024年度 婦人科検診費用補助申請書（被保険者）

<申請者記入欄> 太枠内をご記入下さい。

健保担当者より、検査内容や料金について確認の為にお問い合わせさせていただく場合がございます。
ご記入漏れ、内容確認が取れない場合、補助金の支払いが遅れることもありますのでご了承下さい。

フリガナ		生年月日(西暦)	保険証記号-番号
受診者 氏名		年 月 日	—
住所	〒		
日中 ご連絡先	電話番号(携帯可)	メールアドレス(携帯可)	
検査の 自己負担額	①	子宮がん ※2 ※3	①+②合計
	②	乳がん ※1 ※3	

- ※1 マンモグラフィ、乳腺エコー両方を受診した場合は、いずれか高い方について7,000円まで補助します
※2 子宮頸がん、子宮体がん、HPVの複数項目を受診した場合はその合計について7,000円まで補助します
(卵巣エコーは補助対象外)
※3 子宮がん・乳がんがセット料金となっている場合は、その合計について14,000円まで補助します

【提出前チェックシート】

	チェック内容	チェック欄
1	領収書はすべて原本ですか	
2	領収書の宛名は受診者本人の氏名ですか	
3	領収書の発行日は2024年度ですか (2024年4月1日~2025年3月27日)	
4	太枠内の項目に記入漏れはないですか	
5	領収書に検査項目の記載はありますか	
6	バイオコミュニケーションズ(株) 経由で定期健診の個別項目にて 受診済(予定)ではありませんか? ※受診済(予定)の方は補助対象外です。	
7	35歳時健診・総合健診を受診していませんか ※35歳時健診・総合健診を受診した場合、個別検査項目にて婦人科 検診を未受診であっても本申請書をご利用できません	
8	保険証を使用して受診していませんか ※保険証を使用して受診した場合は補助対象外です	

<健保記入欄>

①	②
支給決定金額	
円	

受付印

領収書原本貼付欄 (貼付欄が足りない場合は裏面へ貼付して下さい)

領収書の種類にチェックして下さい

乳がん 子宮頸がん 子宮体がん HPV: ヒトパピローマウイルス)

2024年度 婦人科検診費用補助申請に関する留意事項

1. 婦人科検診費用補助申請の条件

1) 補助申請対象者 : 在籍中の女性被保険者（社員）

ただし、以下の場合は補助の対象外となりますのでこの申請書はご使用になれません。

- ・バイオコミュニケーションズ（株）経由で定期健診の個別項目にて受診済（予定）の場合
- ・35歳時健診・総合健診を受診する場合（または受診済の場合）
 - ※ 35歳時健診・総合健診をご受診の方は婦人科検診を未受診であっても本申請書をご利用できません
- ・保険証を使用した場合
- ・補助対象の検査項目以外を受診した場合
- ・期限内に二重申請が判明した場合（2024/4/1～2025/3/27のうち1回のみ補助となります）

2) 受診期限 : 2024年4月1日～2025年3月27日

3) 医療機関 : 指定の医療機関なし

4) 補助対象検査と補助金 :

乳がん	子宮がん
マンモグラフィ/乳腺エコー	子宮頸がん/子宮体がん/HPV*
7,000円までの実費	7,000円までの実費

*HPV ヒトパピローウイルス

- ※ マンモグラフィ、乳腺エコー両方を受診した場合は、いずれか高い方について7,000円まで補助します
- ※ 子宮頸がん、子宮体がん、HPVの複数項目を受診した場合は、その合計について7,000円まで補助します（卵巣エコーは補助対象外）
- ※ 子宮がん・乳がんがセット料金となっている場合は、その合計について14,000円まで補助します
- ※ 乳がん、子宮がん検診両方の補助申請をされる場合は、1枚の申請書にまとめて、申請をお願いします

2. 申請手続

1) 申請に必要な書類

- ① 2024年度婦人科検診費用補助申請書・・・表面に必要事項を記載して下さい。
- ② 領収書原本（※）・・・表面にある所定の位置に貼付して下さい。
（※）乳がん又は子宮がん検診の各内訳金額が明記されているもの

2) 申請期限

2024年4月1日～2025年3月31日 健保必着

3) 申請書類の送付先

〒140-8665

東京都品川区南品川6-11-6

リコー三愛グループ健康保険組合 婦人科検診費用補助担当者 宛

3. 支払方法

毎月末締め→翌月以降に会社を通して給与等にて支給します。