

婦人科検診費用補助請求書

記入例

受付年月日	支給決定				年月日	
	常務理事		事務長	担当者	支出科目	保健事業費 疾病予防費
					補助額	健保記入欄 円
記号 - 番号	1 — 23456			事業所名	住友商事(株)	
受診者氏名	住友 花子			所属部署	人事厚生部	
生年月日	昭・平 ● 年 ● 月 ● 日生 (受診日 39 歳)			被保険者との続柄	本人 ・ 配偶者	
電話番号 (日中つながる連絡先)	03-5166-0×××			e-mail	taro.sumitomo@sumitomocorp.com	
検査料	乳がん検診: 5,500 円		検査年月日	令和 7 年 1 月 5 日		
	子宮がん検診: 3,500 円					
検診・医療機関名	〇〇レディースクリニック					
必要添付書類 (不足があると補助できません。)	↓ 添付書類が全てそろっているか確認し、□にチェックを入れてください。					
	<input checked="" type="checkbox"/> 領収書(原本)			<input checked="" type="checkbox"/> 検査結果表のコピー		
確認事項 (チェックした内容に誤りがあると補助できません。)	↓ 以下の2項目に間違いがないことを確認し、□にチェックを入れてください。					
	<input checked="" type="checkbox"/> この検診は「ハピルス健診」を利用していません。 <input checked="" type="checkbox"/> 同一年度に「ハピルス健診」で本検査項目について補助を受けていません。					
令和 7 年 1 月 10 日 住友商事健康保険組合理事長 上記のとおり補助を請求いたします。 請求者住所 東京都中央区晴海1-2-3 被保険者氏名 住友 太郎 (住友) 署名する場合、押印を省略可						

<留意事項>

- 太枠内をご記入の上、郵送で申請してください。メール添付不可。

申請期限: 受診日から6ヵ月以内に健康保険組合必着※

※12月以降受診分は、翌年5月末日までに必着

- 「ハピルス健診」(人間ドック健診)のオプション検査として婦人科検診を受診して、ハピルス健診で補助を受けた場合、補助を受けた方の検診(乳がん検診、もしくは子宮がん検診)と同じ検診については申請不可です。

- 「ハピルス健診」(人間ドック健診)のオプション検査として婦人科検診を受診して、**健診機関の窓口で発生した自己負担金は、婦人科検診補助額超過分です。自己負担分の為、申請不可です。**

次ページの「婦人科検診費用補助制度」を必ずご一読の上、申請してください。