常務理事	事務長	担当者

記号番号	
補助金 支給決定額	円

【被扶養者である配偶者用】
被扶養者（配偶者）婦人科検診 補助金請求書

キユーピー・アヲハタ健康保険組合　理事長殿
個人情報の利用目的の主旨に同意し、下記補助金の請求をいたします。

＜個人情報保護法における利用目的のお知らせ＞

提出された書類の個人情報は、受診資格・受診内容の確認、補助金支払い業務に利用します。

※以下の太枠内をすべて記入

記入日	年　月　日	社員番号 （10桁）	
事業所名 部署名		請求者氏名 （被保険者）	
受診者氏名 （配偶者）		健診機関名	
受診者 生年月日	昭和・平成　年　月　日 （　歳）	けんぽ共同健診 受診状況	※どちらかに○をつけてください 受診する（した）　・　受診しない

検診項目	かかった費用	受診日	補助条件
乳がん検診 （マンモグラフィ、乳腺エコー）	円	令和　年　月　日	対象：20歳以上 上限 7,000円の実費
子宮がん検診 （子宮頸部細胞診）	円	令和　年　月　日	対象：20歳以上 上限 6,000円の実費

※けんぽ共同健診のオプションで婦人科検診を受診の方は、併給できません（補助の対象外）
※補助金は請求者（被保険者）の給与口座にお支払いします

＊ 提出書類３点 ＊

① **補助金請求書** ： この用紙に必要事項を記入
② **領収書の原本** ： 受診者の氏名、各検診の料金明細（検査項目と料金）が記載されていること
※全額自費ではなく、保険診療（自己負担２～３割）で受診された場合は補助の対象外
③ **結果表のコピー**： 補助金請求を行う検査の結果表

≪ 健保組合 使用欄 ≫

乳がん（マンモ・エコー）　¥＿＿＿＿＿＿ ⇒
子宮がん　¥＿＿＿＿＿＿ ⇒

2025年（令和7年）更新