

乳がん検診 費用補助申請書

※太枠内を全てご記入ください。

		①申請日	平成	年	月	日
② 保険証記号-番号	11 -	フリガナ				
④ 事業所コード	-	③ 被保険者名	印			
⑤ 事業所名		⑦ 生年月日	昭和・平成	年	月	日
⑥ 勤務先 電話番号	- -		年齢	()	歳	
⑧ 検診の種類と 内容 (該当に○)	種類		内容			
	a. 地方自治体の検診		1.マンモグラフィー(乳房X線)			
	b. 乳がん単独の検診		2.乳房エコー(超音波)			
	c. 人間ドックのオプション		3.視触診			
⑨ 利用した施設・病院名 (自治体検診は、市区町村名も記入)						
⑩ 利用年月日		平成 年 月 日				
⑪ 自己負担費用	円		※支給額 (健保使用欄)		円	
⑫退職後に申請する方 振込先を記入してください。						
金融機関名	銀行		支店	フリガナ		
口座番号	普通		口座名義			
※ この請求に係わる補助金の受領を下記代理人に委任します。						

⑬【提出前のチェック！】

- 記入もれはありませんか？ 捺印はしましたか？
- 領収書原本と検査結果コピーは封筒に入れ添付しましたか？
- 健保組合契約のマンモバスでの検診費用は申請できません。

代理人 記入欄	上記の通り相違ないことを証明します。		平成	年	月	日
	住所	〒104-0061 東京都中央区銀座2丁目16番10号	TEL 03(3541)3411			
	氏名	ヤマト運輸株式会社 事業主代理人 人事総務部長	大谷 友樹	印		

作成 社会保険労務士（東京都社会保険労務士会）
提出代行者 中川 泰宏 TEL:03-3544-8616

乳がん検診 費用補助申請書の手引き

マンモグラフィ・乳房エコー・視触診などの乳がん検診を、個人的に医療機関等で受けた場合の自己負担額に対し、健保組合で補助金を支給する制度です。

※市区町村での検診で自己負担が発生した場合も、補助の対象となります。

対 象 者

30歳以上(受診日現在)のヤマトグループ健康保険組合の女性被保険者

補 助 対 象 期 間

平成23年4月1日以降の受診分より受付。健診受診後は速やかに(3か月以内)申請してください。

※請求権の時効は受診日より1年

申 請 回 数

年に一回(受診の目安は一年に1回です)

補 助 金 の 上 限

検診の自己負担に対し¥5,000を上限とする

例・・・検診自己負担が¥6,000の場合は¥5,000の補助

例・・・検診自己負担が¥4,500の場合は¥4,500の補助

提 出 書 類

1) 乳がん検診費用補助金申請書

2) 領収書原本(コピーは不可 ※検診費用は確定申告時の医療費控除の対象とはなりません。)

注意:領収書には、受診日・受診者名・医療機関名の明記と押印がされていること。

但書きに”乳がん健診”と明記されていること。

3) 健診結果コピー

※検診結果は支給するための証拠書類で、保健事業などへの利用はいたしません。

上記、2)3)を封筒に入れ、申請書にホッチキスどめしてください。

提 出 先

所属の人事総務課

給 付 金 の 支 給

申請書提出後、およそ2ヵ月後に健保給付金として支給します。

記 入 上 の 注 意

太枠内をすべて記入してください。

⑫検診を受けた日が健康保険組合の被保険者であったが、申請する日が退職後となった方は記入してください。

⑬申請前に不備がないかチェックしてください。

そ の 他 注 意 事 項

■保険診療扱い(窓口で3割負担)で受けた場合は、補助金の対象外となります。

■一次検査の結果、再度検査が必要となり、精密検査を実施した場合の費用は、保険診療扱い(窓口で3割負担)となりますので、補助金の対象外となります。

■健康保険組合の契約健診機関(マンモバス)での実施費用は対象外となります。