

## 2024年度 乳がん検診 費用補助申請書の手引き

マンモグラフィー・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、もしくは市区町村の補助を利用して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。

### 対 象 者

2025年3月31日時点で**30歳以上**のヤマトグループ健康保険組合の資格がある女性社員（被保険者が対象。被扶養者、任意継続被保険者、二以上事業所非選択の方は対象外です。）  
※2024年4月1日、受診日、申請日の**各日とも**、ヤマトグループ健康保険組合の資格があること  
症状のある方、以前の検診で要精密・経過観察6か月になり二次健診未受診の方、治療中または治療後の方など  
保険診療対象の方は、対象外です。

### 補 助 対 象 期 間

2024年4月1日から2025年3月31日までの受診分（年1回）  
**受診後90日以内に提出**した申請書が対象となりますので、受診後は速やかに申請してください。

### 補 助 金 の 上 限

10,000円

### 提 出 書 類

- 1) 乳がん検診費用補助申請書
- 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。）  
※領収書には、**受診日・受診者名・医療機関名・検査項目が明記**されていること。  
**但書きに「乳がん検診」と明記**されていること。  
※乳がん検診を受けたことが分かるような資料を添付してください。  
（領収書但書き、検診結果コピーに記載がなければ、診療明細、受診案内コピー等）
- 3) 検診結果コピー  
※検診結果が口頭のみで用紙がない場合は、結果の内容を「乳がん検診 費用補助申請書」の下の余白に記入してください。（改めて診断書を提出する必要はありません。）

上記、2)3)を**封筒に入れ**、申請書の左裏に**ホッチキス留**で添付してください。

### 提 出 先

所属の人事総務担当（人事総務担当はヤマト運輸(株)事務オペレーション部人事オペレーション課 社会保険担当 [受託外は健保]へ提出）

### 給 付 金 の 支 給

申請書提出後、およそ2か月以内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申請後に退職する場合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。

### 注 意 事 項 以下の費用は、補助金の対象外です。

- 保険診療扱い（窓口で3割負担）で受診した費用
- 検診結果を後日聞きに行った場合の費用
- 検診結果郵送費用
- 「選定療養費」など、検診とは別に発生した費用
- 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

## 乳がん検診 費用補助申請書

		①申請日	年 月 日
②保険証記号-番号	-	フリガナ	
		③ 被保険者名	
④ 事業所コード	-	⑦ 生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日 年齢 ( ) 歳
⑤ 事業所名			
⑥勤務先 電話番号	- -		
⑧ 検診の種類と内容 (該当に○)	種類 a. お住まいの市区町村の検診 b. 乳がん単独の検診 c. 人間ドック等のオプション	内容	1.マンモグラフィー(乳房X線) 2.乳房エコー(超音波) 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	年 月 日		
⑪ 自己負担費用	円	支給額 (※ 健保使用欄)	円

※在籍中に受診し、申請後に退職する方は⑩を記入してください。

⑫振込先			
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？  
 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？  
 受診後90日以内の申請ですか？

代理人記入欄	上記の通り相違ないことを証明します。	年 月 日
	住所	
	TEL	
	氏名 事業主代理人	