

2025年度「婦人科検診」「骨密度検査」補助金申請書

下記のとおり婦人科検診を受診しましたので、補助金を申請します。

申請日	年 月 日		
確認欄	この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。左記口内に確認チェックをお願いいたします。		
<input type="checkbox"/>	① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。		
被保険者情報	保険証情報	記号	番号
	事業所名称		
	部門略号		
	社員番号		
	フリガナ		
	氏名		
受診者情報	フリガナ		
	氏名		
	生年月日	年 月 日	
	受診日年齢	歳	
病院情報	病院名		
	住所		
	電話番号		
	受診日	年 月 日	
検診内容	【請求上の注意】 ・受診された検診項目にチェックを入れ、検診項目ごとに税込み料金を入れてください。 ・乳がん・子宮がん毎に5,000円+消費税を上限、骨密度検査2,500円+消費税を上限として補助します。 ・保険診療(3割負担)で検診された方は請求できません。 必ず、検診と病院へ伝えて受診下さい。		
	検査項目	補助金額	検診料(税込み)
	<input type="checkbox"/> 乳がん	5,000円+消費税	円
	<input type="checkbox"/> 子宮がん	5,000円+消費税	円
	<input type="checkbox"/> 骨密度	2,500円+消費税	円
合計		円	円

【補助金振込先】※振込口座は、被保険者名義とします。

銀行名	支店名	種目	口座番号(右詰めで記入)
フリガナ	フリガナ	1.普通・総合	

※領収書(原本)を添えて、2026年3月6日までにトプコン健康保険組合へ申請願います。

【お問合せ先】

トプコン健康保険組合 (電話番号 03-3966-1244)