

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	2025		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 checked="" 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	1055		番号	1			
	事業所名称	トプコン							
	部門略号	健保							
	社員番号	10000							
	フリガナ	ケンポ タロウ							
	氏名	健保 太郎							
受診者情報	フリガナ	ケンポ ハナコ							
	氏名	健保 花子							
	生年月日	昭和58	年	1	月	1	日		
	受診日年齢	42	歳						
病院情報	病院名	〇〇病院							
	住所	病院住所							
	電話番号	病院電話番号							
	受診日	2025	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)		健保記入欄(本人補助額)				
<input checked="" type="checkbox"/> 乳がん	5,000円+消費税	5500	円	円					
<input checked="" type="checkbox"/> 子宮がん	5,000円+消費税	5500	円	円					
<input checked="" type="checkbox"/> 骨密度	2,500円+消費税	2750	円	円					
合計		13750	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	1	1	1	1	1	1	1
〇〇銀行	〇〇支店								

※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)