

2026年度「婦人科検診」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。			
	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			
	被保険者氏名	社員番号		
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。			
	・ 検診結果(コピー)の提出は不要です。			
・補助金額の支払いは振込になります。 ※振込先口座は、必ず被保険者名義を記入してください。				
	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 type="checkbox"/> 乳がん	5,000円+消費税	円	円
	<input type="checkbox"/> 子宮がん	5,000円+消費税	円	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、2027年3月5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)