

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	2026 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	1055		番号	1		
	事業所名称	トプコン						
	部門略号	健保						
	被保険者氏名	健保 太郎		社員番号	10000			
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	○○	年	○	月	○	日
	受診日年齢	○○	歳					
病院情報	病院名	病院名						
	住所	病院住所						
	電話番号	病院電話番号						
	受診日	2026 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 checked="" type="checkbox"/> 乳がん	5,000円+消費税	5,500	円	円			
	<input checked="" type="checkbox"/> 子宮がん	5,000円+消費税	5,500	円	円			
	合計		11,000		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
○○銀行		○○支店		1	1	1	1	1	1	1

※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)