

常務理事	事務長	担当者

兵庫トヨタ自動車健康保険組合理事長 殿

自費検診（乳がん・子宮頸がん）補助金申請書（被扶養者家族用・34歳以下）

○申請者（被保険者）

被保険者証 記号・番号		(記号)	(番号)	被保険者氏名		年 月 日	
				生 年 月 日		(年 月 日生)	
受診者氏名		(年 月 日生)		年 齢 (2026年3月31日 到達年齢)	歳	被 保 険 者 と の 続 柄	配 偶 者 (妻)
検診項目	受診年月日		検診機関名			自己負担額	
乳がん	年 月 日					円	
子宮頸がん	年 月 日					円	

*支給決定額 (組合記入欄)		円
-------------------	--	---

○補助金振込先（被保険者本人の預金口座に限りです）

金融機関名	支店名	預金種類	口座番号	口座名義人
銀行 信用金庫 農 協 その他	支店 (出張所)	1 普通 2 当座		フリガナ

※「ゆうちょ銀行」を指定する場合は、振込用の『店名（漢数字3桁）・預金種目・口座番号（7桁）』を確認のうえ記入してください。
※金融機関・支店の統廃合により、金融機関名等が変更になっているときは、変更後の金融機関名を記入してください。
§ § § お願い § § § 補助金の振込みについては、「三井住友銀行」から振り込みさせていただくのですが、振込手数料軽減のために可能であれば振込先を「三井住友銀行」として指定いただければ幸いです。尚、「三井住友銀行」とのお取引がない場合は、他銀行でも振込可能です。

《補助金のご請求についての注意事項》

- 必ず検診結果表と領収書（又は診療明細書等、受診内容のわかるもの）を添付してください。
（添付書類は写し可。提出いただいた添付書類（検診結果表・領収書）は返却しません）
- 領収書には必ず医療機関で次の項目を記入してもらってください。
(1) 受診者氏名 (4) 医療機関名
(2) 受診内容（「乳がん又は子宮頸がん検査代」と明記） (5) 医療機関領収印
(3) 受診年月日 (6) 支払金額
- 予防としての検診に限りしますので、医療行為として健康保険を使って受診された場合は補助の対象となりません。

【留意事項】

- 受診対象者…検診受診日に、当健康保険組合に加入している被扶養者（家族）
- 受診期間…2025年6月1日～2026年2月28日
- 申請方法…補助金申請書に検診結果表・領収書（コピー可）を添付して、直接、当健康保険組合宛に送付
- 提出期限…2026年3月20日（健康保険組合必着） *各がん検診をまとめて年度内1回限り申請可
- 補助金額…各がん検診費用に対して、各3,000円を上限とする実費額

※自治体（市区町村）による公費助成制度を利用した場合は、公費補助額を差し引いた自己負担額が補助の対象です。
※保険証を使用した「保険診療」（窓口負担3割で受診した検診費用）は、補助の対象外です。