

グループリーダー	担当者
支給決定額	円

安田日本興亜健康保険組合
保健事業G【補助金支給申請書】担当
提出先社内便物流コード：Z19652

会 社 名 _____

被保険者名 _____

電 話 番 号 _____ () _____

婦人科検診補助金支給申請書

	記号		番号	
フリガナ	被保険者・被扶養者			
受診者名		生年月日	昭・平 年 月 日	
受診日	令和 年 月 日	請求費用	円	
受診医療機関名	乳がん・子宮がん			

○下記質問事項の該当する箇所に✓を入れてください。

Q1 今回の婦人科検診は健康診断と同時に受けましたか？
☐ はい ☐ いいえ

Q2 今回の申請以外に乳がん、子宮がん検診を受診する予定はありますか？
☐ はい（受診予定日： 月 日） ☐ いいえ

※ 複数の医療機関で受診した場合は全て受診終了後、1枚の申請書に必要な書類をまとめて添付のうえ申請して下さい。（申請は年1回のみです）

※ 保険診療（保険証等※を提示して受診）の場合、補助金支給対象外となります。

※保険証等：マイナ保険証、保険証、資格確認書

【補助金申請の注意事項】

1. 必要添付書類
- ①「婦人科検診結果表のコピー」または所定の「安田日本興亜健保婦人科検診受診証明書」
- ②領収明細書（原本）または支払証明書（原本） ※コピー不可
- ※①は、個人情報保護の観点から保健事業以外の目的には利用しません。

2. 補助内容

対象者	検査項目	支給限度額（税込）
30歳以上の被保険者・被扶養者	乳がん・子宮がん※	10,000円
20～29歳の被保険者・被扶養者	子宮頸部細胞診のみ	5,500円

※乳房マンモグラフィー、乳房エコー、子宮頸部細胞診の3検査。経膈エコー、CA125は対象外です。

※補助金の支給後に「支給限度額」を超過していると判明した場合、超過費用は返還請求いたします。

3. 支給方法

当組合の規程に則り、補助金は事業主を通じて被保険者に支給します。（支給までに数か月かかる場合があります）

任意継続の方は、取得申請時に登録された「給付金」指定口座に振り込みます。

4. 補助金申請対象期間

受 診 日 ：各年度4月1日～翌年3月31日

提出締切日：翌年6月30日（健保必着）

<婦人科検診補助金を申請する際の注意事項>

1. 「WCC契約医療機関」で受診した場合

★乳房エコー
★マンモグラフィー
★子宮頸がん

組合せ自由で2項目までは無料（但し2項目受診で補助金上限10,000円に達します）
ですが、3項目目は自己負担となります。
その場合WCC申込画面の「あなたが窓口で支払う金額」に表示されます。



窓口でお支払された金額はあくまでも自己負担の部分ですので、補助金申請をされてもお支払は出来ません。

2. 「WCC契約医療機関」で1項目受診し、他の医療機関でも受診した場合

★乳房エコー
★マンモグラフィー
★子宮頸がん

補助金上限10,000円から、「WCC契約医療機関」で受診した1項目の料金を引いた金額の範囲内で補助金をお支払いいたします。

3. 「WCC契約医療機関」以外の契約医療機関で「人間ドック」のオプションで受診した場合

★乳房エコー
★マンモグラフィー
★子宮頸がん

補助金上限10,000円までは、医療機関より健保へ直接請求されます。



窓口でお支払された金額はあくまでも自己負担の部分ですので、補助金申請をされてもお支払は出来ません。

4. その他、補助の対象外となる場合

- ①人間ドックの自己負担金（5,000円）
- ②保険証等（マイナ保険証、保険証、資格確認書）を提示して3割負担で受診された場合。

【補助対象外（3割負担）となる領収書（例）】

領 収 証									
患者番号		氏 名			請 求 期 間 (入院の場合)				
		様			年 月 日 ~ 年 月 日				
受診科	入・外	領収書No.	発行日	費用区分	負担割合	本・家	区 分		
			年 月 日		30%				
保 険	初・再診料	入院料等	医学管理等	在宅医療	検 査	画像診断	投 薬		
	291 点	点	点	点	530 点	点	点		
	注 射	リハビリテーション	精神科専門療法	処 置	手 術	麻 酔	放射線治療		
	点	点	点	点	点	点	点		
保 険 外 負 担	病理診断	その他	診断群分類 (DPC)	食事療養	生活療養				
	点	点	点	円	円				
	評価療養・選定療養	その他				保 険	保 険 (食事・生活)	保険外負担	
	(内訳)	(内訳)				合 計	8,210 円	円	円
						負担額	2,460 円	円	円
						領収額 合 計	円		

※厚生労働省が定める診療報酬や薬価等には、医療機関等が仕入れ時に負担する消費税が反映されています。

東京都〇〇区〇〇 〇-〇-〇 〇〇病院 領収印

・「負担割合」が「30%」または「3割」となっている。
・「保険」に点数や金額が入っている。