小松製作所健康保険組合行

2025年度　被保険者
婦人科検診補助申請書

受付　　年　　月　　日		
専務理事	事務長	担当

保険証等記号	○○○	保険証等番号	○○○○○○○	年齢	○○
生年月日	○○○○年○月○日　生	メールアドレス	○○○ ＠ ○○○.○○○		
事業所名	○○工場				
所属名	○○部○○課				
被保険者氏名	小松　花子	電話番号	○○○-○○○○-○○○○		
検診受診日	○年○月○日	受診医療機関名	○○○クリニック		

※受診した項目の金額を入れてください。
補助金額は①～④の項目を合算して上限 25,000 円、⑤上限 8,000 円、⑥上限 5,500 円となります。

受診項目	金額	受診項目	金額	その他金額（初診料等）
① マンモグラフィ（1方向・2方向のみ）	8,000	② 乳房エコー（超音波検査）	3,000	
③ 子宮頸がん（医師採取のみ）	6,000	④ 経腟エコー（超音波検査）	3,500	合計金額
⑤ 子宮体がん ※50歳以上	7,000	⑥ 骨密度（放射線・超音波のみ）	5,000	32,500

※領収書に検査項目毎の金額記載ができない場合は、1)・2)の方法で受付※
1)医療機関にて上記の単価欄に受診した検査項目の単価の記載と下記医療機関印欄に押印をもらってください
2)補助対象検査項目の単価が記載されているホームページのコピーやパンフレットのコピーなどを添付ください

医療機関印
（上記検査項目の受診と単価を証明いたします）　　印

上記の通り申請します。

☑ 尚、この補助金の受領方を事業所に委任します。

※この申請書に記入された個人情報は補助金支給のための利用に限定しています。
※小松製作所健康保険組合の女性被保険者のみが対象となります。（受診日に被保険者資格のある方）
※2025年4月1日（火）～2026年2月28日（土）までの間に受診した上記検査項目が補助対象です。
※2026年3月6日（金）までに申請書が健保へ到着した申請については補助いたします。
※子宮体がんは、50歳以上の方のみ補助対象です。（年齢は2026年4月1日現在で換算）
※領収書に『受診した検査項目名，受診者（被保険者）の氏名，受診日，金額』の記載と『医療機関の領収印』が押されているのを確認し原本を添付ください。
※補助金の支給は、事業主を経由して行います。（任意継続被保険者・喪失者を除く）
※領収書は申請書とは別の A4 用紙（領収書添付用紙）に糊付けして添付ください。（ホチキス止め，裏紙不可）

各項目とも１回/年の補助。

※2024 年度より乳房視触診の補助は致しません（厚労省指針により推奨項目から外れたため）

以下の場合はいずれも補助対象外となります（必ず検診として受診してください）
※　再診による再診料
※　検診結果を後日聞きに行った場合に発生する費用（文書代含む）

＜検診結果で所見有になった場合は、自己責任において速やかに医療機関を受診ください。＞

※小松製作所健康保険組合記入欄

支給決定額	＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 円

2025.4.1 現在