

婦人科検診補助申請書

村田製作所健康保険組合

※健康保険記号番号は、マイナポータル等でご確認ください。

申請者氏名 (被保険者)		健康保険 記号番号	—
事業所名 (会社コード)		所属コード	
氏名コード		受診日	年 月 日

1. 今回はいずれの方法で受診しましたか。チェックをしてください。

任意の健診機関・医療機関で検診を受診しました

自治体実施のがん検診を受診しました（実施した市町村名： _____）

2. 今回、検査した項目にチェックをしてください

乳がん検査 （ マンモグラフィー 乳房エコー _____ ）

子宮がん検査 （ 頸部細胞診 経膈エコー HPV _____ ）

3. 同年度内に定期健診、人間ドック等で既に受診済みのものがあればチェックをしてください

乳がん検査 （ マンモグラフィー 乳房エコー _____ ）

子宮がん検査 （ 頸部細胞診 経膈エコー HPV _____ ）

※申請日以降に退職予定の方は振込先口座をご記入ください <社員（被保険者）名義のみ>

金融機関名	支店名	種別	口座番号	口座名義	口座名義（カナ）
		普通			

申請前にご確認ください （☑を入れてください）

- 申請者は受診日にムラタ健保に加入している社員（被保険者）ですか
- 同一年度内に、人間ドック・定期健診を含め、同検査内容での初めての受診（申請）ですか
- 保険適用での検査ではありませんか（保険適用されたものは当申請の対象外です）
- 領収書の宛名は社員（被保険者）氏名ですか（例：健保 太郎）
- 領収書（原本）と診療明細書（原本）を、申請書の裏面にのり付けしましたか

◆補助金の支給について

在職中の方は、給与の健保付加金で支給します（退職後は上記に記入いただいた口座へ振り込みます）
 補助金額は給与明細の『健保付加金欄』でご確認ください。申請後、支給まで2ヶ月程度かかります
 領収書は一切お返しできませんのでご了承ください

提出先	社内メール便	郵送
	MMC本社 MK8400 婦人科検診担当 宛	〒617-8555 京都府長岡京市東神足1-10-1 村田製作所健康保険組合 婦人科検診担当 宛

【健保組合記入欄】

- 補助金支給額 _____ 円
- 補助金支給月 _____ 月 給与
- 不

R6.11

承認		健保担当		受付印