

<乳がん検診 補助金申請用紙>

5款 1項 4目⑭

(市区町村で、無料受診の場合も、提出ください)

サンスター健康保険組合 宛て

令和 6 年 5 月 29 日

社員番号	12345
会社名	サンスター(株)
所属部署	高槻工場 製造G 歯磨充填包装T
社員氏名	健保 太郎
受診者氏名・年齢	健保 良子 (45 歳)
検診内容 (いずれか又は 両方に○印)	超音波エコー マンモグラフィ
あなたが 支払った 費用	・超音波エコー (700 円)
	・マンモグラフィ (円)
	合計 (700 円)
受診方法 (いずれかに○印)	個人で医療機関にて受診 市町村の乳がん検診を受診

検査項目 乳がん検診

健保支払額 円

※健保記入欄

40歳以上：全額補助(上限あり)
・マンモ又はエコーの一方:上限 8,000円
・マンモ及びエコー両方 : 上限15,000円

40歳未満：7割補助(上限なし)

【領収書について】

- 領収証には、乳がん検診(エコー・マンモグラフィ)であることの明示が必要です。
必要に応じて、受診医療機関に具体的な検査内容の記載を依頼してください。
- 領収証はクリップ留めをお願いします。

※市区町村で、費用“無料”の場合、領収書に代わり、受診が証明できる書類(検査結果のコピー等)を添付してください。

健康保険組合確認欄

常務理事	事務長	担当