

<乳がん検診 補助金申請用紙>

5款 1項 4目⑫

(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

2026年 ●●月 ●●日

社員番号	12345
会社名	サンスター株式会社
所属部署	高槻工場 製造G 歯磨充填包装T
社員氏名	健保 花子
受診者氏名・年齢	健保 花子 (45歳)
検診内容 (いずれか又は 両方に○印)	超音波エコー マンモグラフィー
あなたが 支払った 費用	・超音波エコー (円)
	・マンモグラフィー (700 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 市区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

7割補助(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

【領収書について】

1. 領収証には、乳がん検診(エコー・マンモグラフィー)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。

2. 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。

注意: 保険診療の費用(自己負担3割分)は、補助“対象外”となりますのでご了承ください。

健康保険組合確認欄		
常務理事	事務長	担当