＜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 両方に〇印）	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 （いずれかに〇印）	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

【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