

<子宮頸がん検診 補助金申請用紙>

5款 1項 4目⑫

サンスター健康保険組合 宛て

2026年 ●月●●日

社員番号	12345
社員氏名	健保 花子
会社名	サンスター(株)
所属部署	●●部●●グループ
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)	HPV検査 子宮頸がん細胞診
自己負担費用	2,000円
受診方法 (いずれかに○印)	個人で医療機関にて受診 市区町村のがん検診を受診

検査項目 子宮頸がん検診

健保支払額	円
-------	---

※健保記入欄

【領収書について】

- 領収証には、子宮頸がん検診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。

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