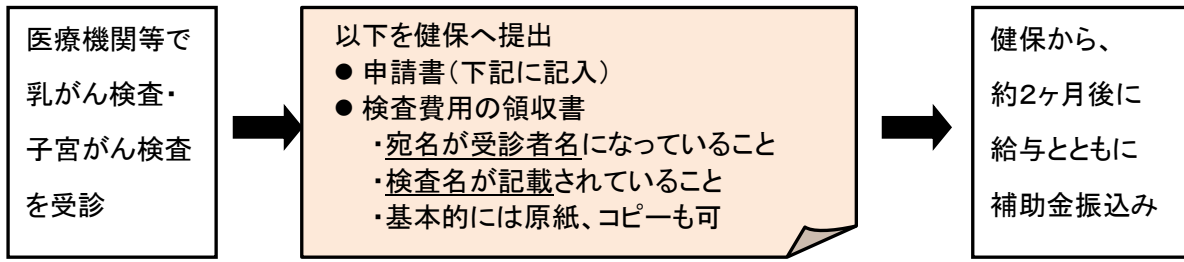


乳がん・子宮がん検査費用補助のご案内

個人で受けた乳がん・子宮がん検査(市町村主催等)の費用の一部を補助します。
若い女性も定期的に乳がん検査・子宮がん検査を受けましょう。

- 対象健診** : 2024年4月1日～2025年3月31日に受けた乳がん検査・子宮がん検査
※以下の場合には補助対象外です。
①保険証を使った検査の自己負担分
②健保が費用を補助する「共同巡回健診」「全国巡回健診」「人間ドック・脳ドック」のオプション検査
注:「共同巡回健診」「全国巡回健診」「人間ドック・脳ドック」での乳がん・子宮がん検査とは併用できません。(補助は1人1回/年)
- 対象者** : 女子被保険者(社員本人)及び被扶養配偶者(妻)
※任意継続被保険者(保険証記号が999)の方及びその被扶養者の方は除く
- 申請期間** : 2024年4月1日～2025年4月11日 (**必着**)
- 補助金額(上限)**
乳がん検査 : 5,000円(1人1回/年)
子宮がん検査 : 3,000円(1人1回/年)
- 申請方法**



----- 切り取り線 -----

乳がん検査・子宮がん検査 費用補助申請書

担当: K 健保 鬼頭

保険証 記号・番号	記号	番号	事業所 名称 (該当に○)	CKD(株) CKD-X 健保・基金	被保険者 (社員本人) 氏名	職番	受診者	
	検査名 (該当に○)						検査日	年月日
							続柄 (該当に○)	本人 配偶者

◆検査時の領収書(宛名・検査名記載)をこの申請書に添付して健保組合までお送りください。

注)申請内容について、健保組合では皆様の健康状態を把握し、保健事業の企画や運営のための資料として、使用させていただく場合があります。これは、個人名でのデータを使うものではありません。
また、被保険者(社員本人)の場合、検査を受診された事について、会社(健康管理室)と情報を共有させていただく場合があります。以上をご了承の上、申請書を提出願います。

※健保 記入欄	支給額(乳がん)	円
	支給額(子宮がん)	円
	合計支給額	円