

平成20年度より子宮癌検診・乳癌検診受診費用に対する補助金額が変更になりました。
 年度内(4月1日～翌年3月31日)の子宮癌検診・乳癌検診の受診費用に対し、それぞれ全額(5,000円限度)補助を行います。
 申請書の受付及び補助金の支給は、年1回限りです。年度内の子宮癌検診・乳癌検診受診に対する補助金申請は、1枚の申請書にまとめて行ってください。

被保険者がん検診補助金申請書

被保険者	健康保険証の記号番号	記号	番号	被保険者氏名	生年月日	昭和 平成	年 月 日
	事業所の名称			所属	連絡先電話番号		
振込先銀行		金融機関名		支店名	種目	口座No.	名義(カタカナ)
					普通当座		
申請内容	受診費用(消費税込)			補助金(健保記入)		健保補助金額	
	子宮癌検診	円		円		全額(5,000円限度)	
	乳癌検診	円		円		全額(5,000円限度)	

【添付書類】 1.領収明細書(原本)

【申請期限】 受診後、速やかに申請してください。
 最終申請期限は、年度終了後、4月10日健康保険組合必着です。

【支給時期】 毎月10日健康保険組合受付分を当月末に指定の銀行に振込

【申請にあたっての注意事項】

- 領収明細書において、補助金を申請する検査の内容及びその金額が確認できることが必要です。
 →検診・がん検診等の記載のみでは、支給できません。
- がん検診に対する補助は、年度毎(4月1日～翌年3月31日)に、年1回限り行います。
 →子宮癌検診・乳癌検診を、2回に分けて受診した場合でも、同一年度分はまとめて申請してください。
- 健康保険証を使用しての受診に対しては、補助金を支給することはできません。
 →領収明細書において10割自己負担になっていることをご確認ください。
 (申出がない場合には、診療扱いとなり、3割負担となっている場合があります。)

【申請書提出先及び問い合わせ先】
カネカ健康保険組合[株式会社カネカ 大阪本社内]
 大阪市北区中之島2丁目3番18号(〒530-8288)
 TEL06-6226-5034

【個人情報の取扱いについて】

ご提出いただきました被保険者がん検診補助金申請書は、補助金支給決定及び事業運営管理に使用します。
 受診者の同意がない場合には、他の目的には使用しません。