

日清食品グループ健康保険組合 御中

健保受付印

子宮頸がん検診費用補助申請書

(被扶養者：20～39歳の偶数歳被扶養者用)

申請日		日中の連絡先	
保険証記号		被保険者氏名	
保険証番号			

検診受診者氏名	年齢	続柄	受診年月日	検診機関名	検診費用
					円

振込先 情報 ※	金融機関名				金融機関コード			支店名				支店コード		
	種別	口座番号						口座名義人（カナ）						
	普通							口座名義人						

※検診受診者ではなく、被保険者の振込先情報をご記入ください。

【添付書類】 本申請書の他、以下1点をご提出ください。

① 検診機関発行の領収書のコピー

(受診者氏名・受診年月日・検診費用・子宮頸がん検診の費用であることを示す但し書きの記載・検診機関の領収印があるもの)

【提出先】

〒151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷三丁目50-11 明星ビル4階
日清食品グループ健康保険組合

【2025年度補助額上限】

子宮頸がん検診 補助上限額 5,000円(税別)

※補助の回数は年度内で1回となります。

※2026年3月31日時点で20歳・22歳・24歳・26歳・28歳・30歳・32歳・34歳・36歳・38歳いずれかの
方で、お住いの自治体が2025年度に実施している子宮頸がん検診を受診された方のうち、自己負担分が
発生している方が補助の対象となります。

※特定健康診査を受診される方、また、保険診療による健診は補助の対象外となります。

(健保組合使用欄)

補助金額
円

常務理事	事務長	担当