

乳がん・子宮がん検診補助金支給申請書

対象年齢：30歳以上(サカイ引越センター健康保険組合加入の女性被保険者)

補助金額：領収書の金額(自己負担額)。但し、10,000円を上限とする。

被保険者 記号・番号	—			所属支社		
				受診者氏名		
生年月日	西暦	年	月	日	受診時の年齢	歳
受診日	西暦	年	月	日	区分	被保険者・任意継続者
受診した医療機関名						
検査方法	乳がん (マンモグラフィーまたはエコー)			支払金額	円	
	子宮がん (子宮頸がん検査または子宮体がん検査)			補助金額 健保記入欄	円	

◎補助金申請の注意事項

1. 必要添付書類

- 1・乳がん・子宮がん検診補助金申請書
- 2・領収明細書(原本) ※コピー不可
- 3・検診結果通知表のコピー

※個人情報保護の観点から保険事業以外の目的には利用しません。

2. 対象者と補助金額 下記年齢の被保険者が対象になります。(年齢は2027年3月末現在)

検診名	検診内容	対象年齢	補助金額
乳がん検診	マンモグラフィーまたはエコー	30歳以上	上限 10,000円
子宮がん検診	子宮頸がん検査または子宮体がん検査		

<下記の場合は対象外>

- ※ 健康保険を使用した保険診療
- ※ 必要添付書類に不備・不足があった場合

3. 支給方法

補助金は、事業主を通じて被保険者に支給します。(2026年11月25日・12月10日支給分の給与にて予定)

4. 補助金申請対象期間

受診日：2026年4月1日～2026年9月30日に1回まで
提出締切日：2026年10月31日(健保必着)

5. 送付先

〒590-0823

大阪府堺市堺区石津北町54

サカイ引越センター健康保険組合 乳がん・子宮がん検診補助金 担当者

問合せ先 ノーツメール井ノ口真紀ユーザーまで

常務理事	事務長	担当	担当