

郵送検診 FAX申込書 (大腸がん・子宮頸がん)

兵庫トヨタ自動車健康保険組合 殿

必要事項を記入し、

078-272-2146

健康保険組合までFAX送信してください。
(お間違いのないよう番号をご確認ください。)

年 月 日

2022年6月30日までに

FAX送信してください。

被保険者証記号

番号

被保険者氏名

受 診 対 象 者	フリガナ			生年月日	S H	年	月	日
	申込者名			年齢	令和5(2023)年3月31日到達年齢			
	続柄・性別	本人	男 女	連絡先 電話番号	自宅 携帯 勤務先	-	-	
	住所	〒 -						
希望する 検診	大腸がん ・ 子宮頸がん							

被保険者 の会社名	所 属 部 署 名
--------------	--------------

(注)郵便番号、住所、氏名などは正しくはっきり書いてください。

常務理事	事務長	担当者

兵庫トヨタ自動車健康保険組合理事長 殿

自費検診（乳がん・子宮頸がん）補助金申請書（被保険者本人用・35歳以上）

○申請者（被保険者）				年	月	日
被保険者証 記号・番号	(記号)	(番号)	被保険者氏名			
				年齢 令和5.3.31時点 (2023年3月末)	歳	被保険者 との続柄
事業所名称				本人		
検診項目	受診年月日		検診機関名		自己負担額	
乳がん	年	月	日			円
子宮頸がん	年	月	日			円

★太枠内のみご記入ください。（*枠内は組合記入欄です）

*支給決定額 (組合記入欄)	円
-------------------	---

○補助金振込先（被保険者本人の預金口座に限りです）

金融機関名	支店名	預金種類	口座番号	口座名義人
銀行		1 普通		ナガサ
信用金庫	支店	2 当座		
農協	(出張所)			
その他				

※「ゆうちょ銀行」を指定する場合は、振込用の『店名（漢数字3桁）・預金種目・口座番号（7桁）』を確認のうえ記入してください。

※金融機関・支店の統廃合により、金融機関名等が変更になっているときは、変更後の金融機関名を記入してください。

§ § § お願い § § § 補助金の振込みについては、「三井住友銀行」から振り込みさせていただくのですが、振込手数料軽減のために可能であれば振込先を「三井住友銀行」として指定いただければ幸いです。尚、「三井住友銀行」とのお取引がない場合は、他銀行でも振込可能です。

《補助金のご請求についての注意事項》

- 必ず検診結果表と領収書（又は診療明細書等、受診内容と金額のわかるもの）を添付してください。
(添付書類は写し可。提出いただいた添付書類（検診結果表・領収書）の返却は行いません)
- 領収書には必ず医療機関で次の項目を明記してもらってください。

(1) 受診者氏名	(4) 医療機関名
(2) 受診内容（「乳がん又は子宮頸がん検査代」と明記）	(5) 医療機関領収印
(3) 受診年月日	(6) 支払金額
- 予防としての検診に限りです。医療行為として健康保険を使って受診された場合は補助の対象となりません。

【留意事項】

- 受診対象者 … 検診受診当日に、当健康保険組合に加入している被保険者（本人）
 - 受診期間 … 2022年4月1日～2023年2月28日
 - 申請方法 … 補助金申請書に検診結果表・領収書（コピー可）を添付して、事業所（会社）の健康保険担当窓口までご提出ください。
(但し、任意継続被保険者の方は直接、健康保険組合までご送付ください。)
 - 提出期限 … 2023年3月20日（健康保険組合必着） *各がん検診をまとめて年度内1回限り申請可
 - 補助金額 … 各がん検診費用に対して、各3,000円を上限とする実費額
- ※自治体（市区町村）による公費助成制度が利用された場合でも、公費による補助額を差し引いた自己負担額が対象となります。
- ※保険診療扱い（窓口で3割負担）として受診された検診費用は、補助金の支給対象外となります。

《提出経路》 一般(被保険者)→(事業所)→(健康保険組合)
任継(被保険者)→(健康保険組合)

乳がんグローブ(自己触診用) FAX申込書

兵庫トヨタ自動車健康保険組合 殿

必要事項を記入し、

078-272-2146

健康保険組合までFAX送信してください。
(お間違いのないよう番号をご確認ください。)

年 月 日

随時受付をしていますので、
健保組合に申し込んでください。

一度申込みいただいた方には、
翌年以降も配付させていただきます。

被保険者証記号 番号

被保険者氏名

対 象 者	フリガナ		生年月日	S H	年 月 日
	申込者名 氏名		年 齡	令和5(2023)年3月31日到達年齢 歳	
	続 柄	本人	連絡先 電話番号	自 宅 携 帯 勤務先	- -

被保険者 の会社名		所 属 部 署 名	
--------------	--	--------------	--

(注)郵便番号、住所、氏名などは正しくはっきり書いてください。