ボッシュ健康保険組合　殿

婦人科検診　補助金請求書

婦

※任意継続被保険者の方は「保健事業・費用請求書」にて申請をしてください。

【申請者（被保険者）】　　記入日:　　年　　月　　日

保険証	記号		被保険者 氏　名	
	番号			
事業所名 （会社名）			連絡先TEL	
所　属	― ／			

【受診状況】　受診項目ごとに 1 年に 1 回までです。（※検査方法が違う場合も 1 項目です。）

受診項目	受　診　日	医療機関名	支払い額
子宮がん 検　診	年　月　日		円
乳 が ん 検　診	年　月　日		円
		合計金額	円

【支給条件】

1. 対象者:ボッシュ健康保険組合の女性被保険者
2. 対象期間:毎年 4 月 1 日～翌年 3 月 31 日まで
3. 申請回数:1 項目ごと 1 年に1回まで。（※検査方法が違う場合も 1 項目。）
4. 補助上限額:子宮がん**￥6,000**　乳がん**¥12,000**
   ※人間ドック等で検査項目※1 の金額が不明な場合に限り、保険点数を元に算出した金額を支給する。その際、受診有無を確認するため、検診結果(写)を添付する。
   ※1　子宮がん:子宮細胞診　乳がん:エコー・マンモグラフィー検査
5. 申請方法:補助金請求書＋領収書の原本を当健保組合へ提出（領収書の返却は出来ません）※検査項目の金額が不明な場合のみ検診結果(写)を提出する。
6. 領収書記載事項:受診者氏名・受診日・医療機関名（印）・受診項目ごとの単価・**婦人科（子宮がん・乳がん）検診代であることが明記されていること**
   注）ﾚｼｰﾄﾀｲﾌﾟでも上記必要項目の記載、医療機関の領収捺印があれば、受領します。
   （全て医療機関で記載したものに限ります）
7. 支給対象にならない場合
   ①　健康保険証を使用した場合
   ②　各事業所で実施している婦人科検診を受診した場合(NET 検診含む)
   ※検査方法によって支給できない検査項目があります（腫瘍マーカーなど）
8. 日本国内の医療機関で実施したものに限ります。

ボッシュ健康保険組合 記入欄（記入しないでください）	
受診項目	支　給　額
子宮がん	円
乳 が ん	円
合　計 支給決定額	円

【申請先】　**ボッシュ健康保険組合(Hig-RBHI)　ヘルスケア推進部　補助金担当　行き**

【推奨送付方法】　※申請書は有価証券と同等ですので紛失防止および責任所在の明確化のため、下記の方法での送付をお勧めします。

① **一般郵便の場合** 簡易書留または書留等で発送してください。（〒355-0028 東松山市箭弓町 2-5-5 ボッシュ健康保険組合）

② **社内便で「社内書留郵便依頼書」が利用可能な場合(不可の場合は上記①で送付ください)**

社内書留郵便依頼書をご記入の上、「書留受領証」を希望に✔を付けて発送してください。

ご記入頂いた個人情報は、当組合が健康保険法及び関係通達等に則り正しく又公平に事業運営を行うために収集するものです。これ以外の目的で個人情報を利用又は第三者提供を行うことはありません。また記入内容についてお尋ねしたり、必要に応じて別途証憑書類を提出していただくことがあります。この個人情報のお取り扱いについてのお問い合わせや開示請求等は、ボッシュ健康保険組合　総務課（電話　0493-22-0890）までご連絡ください。

※ 個人情報の取り扱いについてはホームページ「個人情報保護方針」もご覧ください。

2026.3 改