

乳がん検査補助金請求書

成人健診対象者・それ以外の方 どちらかに○をして下さい

① 記号・番号【*】	記号	番号	② 社員番号	
③ 被保険者氏名			④ 会社名	
⑤ 受診者氏名			⑥ 続柄	本人・家族
⑦ 受診者生年月日	年	月	日	⑧ 年齢
⑨ 受診先医療機関名			⑩ 受診日	年 月 日
⑪ 成人健診を受診した健診機関 (40歳以上の方のみ記入)				
⑪ 請求項目及び結果 (必ず○印のこと) ※結果が出てから提出して下さい。	乳がん検査(補助金限度額5,000円)			
	1. マンモグラフィー 2. 乳房超音波(エコー)			
1. 異常なし 2. 経過観察 3. 要治療 4. 精密検査 5. 再検査 6. 治療中				
上記のとおり請求します。 年 月 日				
被保険者氏名 _____				
セコム健康保険組合 殿				

⑨ 振込希望銀行名 (被保険者名義以外は指定できません)

★セコム株式会社で給与計算されている方は、給与振込となりますので、下記欄の記入は不要です。但し、それ以外の方は必ず記入してください。

金融機関名		金融機関コード	
店名		支店コード	
預金の種別(○印)	普通・当座	口座番号	
口座名義(カタカナ)			

令和8年4月改訂

【*】①欄の記号・番号はマイナポータルサイトの資格情報欄(または資格確認書等)の記号・番号を記入して下さい。

【添付書類】

- ① 領収書の原本 (必ず受診者氏名のもの・インボイス登録番号の表示のあるもの)
- ② 内訳明細書 (マンモグラフィー・エコーそれぞれの金額が判るもの)
- ③ 結果のコピー

※5,000円を超える健診機関で受診された場合の差額料金・市区町村の補助を利用した受診については補助金の対象にはなりませんのでご注意ください。

【注意事項 成人健診対象者の方】

※二重請求をふせぐため、成人健診受診後に提出して下さい。

※健診機関によっては、マンモ及び乳房エコー検査をオプション項目として契約を結んでいる施設があります。

その施設で受診した場合は、補助金の対象にはなりません。

※以下健保組合記入欄

受付年月日	年 月 日
支払年月日	年 月 日
支払決定額	¥