

子宮がん検査補助金請求書

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 結果（必ず○印のこと） ※結果が出てから提出して下さい。	子宮頸部細胞診検査（補助金限度額5,000円） ※医師採取法のみ			
	1. NILM 2. ASC-US 3. ASC-H 4. LSIL 5. HSIL 6. SCC 7. AGC 8. AIS 9. Adenocarcinoma 10. other			
⑧ 判定	1. 異常なし		2. 異常あり	
⑨ 成人健診を受診した健診機関名	()			
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			
★セコム(株)人事部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 (○印のこと)	普通・当座	口座番号	
口座名義(カタカナ)			

【*】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。 令和8年4月

【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（子宮頸部細胞診の金額が判るもの）	
③ 結果のコピー	

【注意事項】

※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。

※子宮がん検査の契約がある健診機関で検査をした場合は、補助金の対象にはなりません。

また、契約料金が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も補助金の対象にはなりませんのでご注意ください。（差額料金についてはホームページ健診機関リストに表示あり）

※子宮頸部細胞診検査以外（経膈エコー等）は補助の対象にはありませんが、セットのみの検査しかない医療機関に限っては補助の対象とします。

※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	¥