

女性被保険者 婦人科検査費（立替）支給申請書

申請日 年 月 日

被保険者証 (記号)		(番号)	
所属事業所名			
連絡先 (内線番号)		連絡先 (外線番号)	
被保険者氏名	フリガナ		
生年月日	S H	年 月 日	年齢
健診受診日	年 月 日		

*該当箇所に○をつけてください

乳がん検査 (エコー または マンモグラフィ)		乳がん検査 (エコーと マンモグラフィ 両方)		子宮頸がん検査	
----------------------------------	--	----------------------------------	--	---------	--

【領収書（正） 貼付欄】

●女性被保険者の方に限り、契約健診機関以外で受診した婦人科検査費（立替）払い申請が出来ます。ただし、他の健診メニューを受診された方は申請（補助）の対象外です。

【費用補助項目】

- 乳がん検査（エコー、マンモグラフィ、視触診）
- 子宮頸がん検査

【注意】

1. 乳がん検査・子宮頸がん検査と判断できる領収書の（正）を必ず添付してください。
2. 乳がん検査・子宮頸がん検査を別の健診機関で受診された場合でも補助いたしますが、申請については一度にまとめてお願いいたします。
なお、乳がん検査のエコー・マンモグラフィの両方受診する場合は、同一機関で受診してください。同一機関で受診した場合のみ補助をいたします。
3. 保険診療で受診した分は補助の対象外となります。
4. 検査結果の(写)を添付してください。
5. 費用補助申請期限は、受診された年度の翌年度の4月15日（必着）となりますのでご注意ください。

【提出先】 〒116-8550 東京都荒川区東尾久 5-31-11

東京電力健康保険組合 宛 ※社内便での送付も可能です

支給決定額	円
-------	---

※支給決定額は健保で記載します

お問い合わせ先：東京電力健康保険組合 【電話】03-6373-1111