

(B) 婦人科検診について

生活習慣病予防健診・がん検診のご案内
別紙 (B)

申請

「婦人科検診補助金申請書」の用紙は、当健保HPからダウンロードできます。
保険適用(治療行為)となった検査は申請できません。

婦人科検診	種類	対象	補助	受診期間	申請
	乳がん検査	40歳以上 奇数年齢到達者	上限 2,500円	毎年4月1日～ 翌年1月末日	事業所ごと 領収書添付 (写しでも可)
	子宮がん検査	30歳以上 奇数年齢到達者	上限 2,000円		
	骨密度検査	40歳以上 (実施年度中に 40歳となる方)	上限 2,000円		

新規追加

申込

当組合の契約機関(①・②)、個別の医療機関(③)からお選びください。

① 人間ドック	ドック契約機関 (15か所)	人間ドックの予約時に申し込む。 (骨密度の金額はドック健診機関リスト備考欄を確認)
② 生活習慣病予防健診	下表を参照 (3か所)	健診の予約をする際、 がん検診ごとの受診者数などを伝える。
③ 個別の医療機関	かかりつけ医院等	検診機関については → がんネットふくい 検索

令和8年度 乳がん・子宮がん・骨密度検査 料金表

1人当たりの料金 単位:円(税込)

② 生活習慣病予防健診の 契約機関		乳がん検査 (マンモグラフィー)		子宮がん 検査	骨密度 検査	備考
		2方向	1方向			
1	(公財)福井県予防医学協会	8,800	5,500	6,600	3,850	院内検査のみ
2	(公財)福井県労働衛生センター	5,500	3,300	3,850	今年度金額 未定	
3	(一財)石川県予防医学協会	6,930	4,400	6,050	2,200	

令和8年度 乳がん・子宮がん検査 年齢早見表

生まれ年(元号)		年齢	乳 がん	子宮 がん	生まれ年(元号)		年齢	乳 がん	子宮 がん
平成7年4月～平成8年3月		31歳	×	●	昭和48年4月～昭和49年3月		53歳	○	●
平成5年4月～平成6年3月		33歳	×	●	昭和46年4月～昭和47年3月		55歳	○	●
平成3年4月～平成4年3月		35歳	×	●	昭和44年4月～昭和45年3月		57歳	○	●
平成元年4月～平成2年3月		37歳	×	●	昭和42年4月～昭和43年3月		59歳	○	●
昭和62年4月～昭和63年3月		39歳	×	●	昭和40年4月～昭和41年3月		61歳	○	●
昭和60年4月～昭和61年3月		41歳	○	●	昭和38年4月～昭和39年3月		63歳	○	●
昭和58年4月～昭和59年3月		43歳	○	●	昭和36年4月～昭和37年3月		65歳	○	●
昭和56年4月～昭和57年3月		45歳	○	●	昭和34年4月～昭和35年3月		67歳	○	●
昭和54年4月～昭和55年3月		47歳	○	●	昭和32年4月～昭和33年3月		69歳	○	●
昭和52年4月～昭和53年3月		49歳	○	●	昭和30年4月～昭和31年3月		71歳	○	●
昭和50年4月～昭和51年3月		51歳	○	●	昭和28年4月～昭和29年3月		73歳	○	●

補助金額	¥	補助決定並びに補助金決定通知書送付何			
		常務理事			担当者
補助金の算出基礎	(受診者数 × 金額)				
	乳がん検査 人× 2,500 円				
	子宮がん検査 人× 2,000 円				
	骨密度検査 人× 2,000 円				

婦 人 科 検 診 補 助 金 申 請 書

令和 年 月 日

福井県自動車販売整備健康保険組合 理事長 殿

住 所 _____

事業所名 _____

事業主名 _____ ⑩

受診した人(代表1名)	被保険者等 記 号 番 号	—	事業所の名称	
	受 診 者 氏 名		受診者 合 計 名 別紙、婦人科検診補助金請求者名簿のとおり	
	受 診 日	・ ・		
	医療機関			
払込希望の 銀 行 名		銀行 支店		預金の種類 普通 ・ 当座
		預金の名義人 (事業主名)		通帳の番号

◎申請者と預金名義人が異なる場合は委任欄を利用してください。

委任欄は補助金を事業主以外の方(事務担当者名義等)が受領する場合のみ記入してください。

委 任 欄	この補助金の受け取り方を _____ に委任します。
	令和 年 月 日
	事業所名 _____ 事業主名 _____ ⑩

(注)

- 婦人科検診については、委託契約機関(人間ドック・生活習慣病予防健診)に予約するか個別の医療機関に個人で申込をしてください。
- 補助対象者は、実施年度内(4月1日から翌年3月末日)に奇数年齢となる方を対象とします。
- 乳がん検査(マンモグラフィー)、子宮がん検査または骨密度検査と明記されている「領収証(写でも可)」を必ず添付してください。領収証には、項目ごとの金額、受診者名、受診日が記載されているものをお願いします。
- 補助金の支払は、事業主に一括払いをしますので、申請書は事業主がとりまとめて提出してください。申請者が1名の場合も、別紙「婦人科検診補助金請求者名簿」を記入してください。
- 申請の受付締切：毎年2月末日(必着)

受 付 日

婦人科検診補助金請求者名簿

事業所整理記号		事業所名	
		事業主名	

※ この名簿用紙は、事業所でまとめて作成し、申請書に添付してください。

健康保険 番号	受任者(被保険者氏名)	受 診 内 容			
	受診者	乳がん検査 40歳以上	子宮がん検査 30歳以上	骨密度検査 40歳以上	受診日
(例) 77	健保 花子 (H3.11.10)	○		○	
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
計 ※は記入しないでください。		※乳がん検査 人	※子宮がん検査 人	※骨密度検査 人	※合 計 人

(※受任者 件)

◎補助金の交付申請及び手続き等は事業主経由にて行うことに同意します。

◎補助金の受領は上記事業主に委任します。

◎補助金の申請は「領収証(写でも可)」を添えて申請します。

(必ず乳がん検査(マンモグラフィー)または子宮がん検査等と明記されたものに限りです)