

子宮がん検診費用助成のご案内（20～39歳対象）

本年度より20歳～39歳を対象とした子宮がん検診費用助成事業を実施します。ぜひご利用ください。

- ◆対象者 20歳～39歳の被保険者
- ◆費用補助額 1人 10,000円を限度として実費補助
- ◆受診方法 ご自身でご希望の医療機関へお問い合わせ・ご予約の上、受診願います。
- ◆申請方法 受診後、下記の「費用助成申請書」に必要事項をご記入の上、添付書類と一緒に組合へご郵送ください。
- ◆申請受付期限 令和8年2月末日

| 区分 | 申請書に添付する書類および注意事項 | |
|--------|-------------------|---|
| 子宮がん検診 | 添付書類 | 領収書(原本)、がん検診検査結果表(写し) |
| | 注意事項 | ・保険診療による検査(保険内検査)は対象外です。 ・人間ドックは対象外です。 |

【申請受付期限 令和8年2月末日】
※提出期限厳守

お問い合わせ 長崎県薬剤師国民健康保険組合
TEL 0956-25-8777
FAX 0956-24-5430

キリトリ

子宮がん検診費用助成申請書

【申請受付期限 令和8年2月末日】

| | | | |
|----------------|-----|--------|---------|
| 被保険者証 記号・番号 | 崎菜一 | 受診者氏名 | |
| | | 日中の連絡先 | TEL - - |

| | | | |
|-----------|----|--------------|--------------|
| 希望 振込先 | 銀行 | 本・支店名 | 口座番号 |
| | | 種別 1.普通 2.当座 | フリガナ 口座名義 |

※添付書類(すべて必須) 提出前に必ずご確認ください。

- 検診領収書(原本) ※子宮がん検診の内訳・金額が記載されたもの
- 検診結果表(写し)