

子宮がん検診費用助成のご案内（20～39歳対象）

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9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9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9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)