

がん検診（子宮がん・乳がん）について（社員・社員の家族）

SMBC 日興証券グループ健康保険組合

【受診期間】 年度(4月1日～3月31日)に1回、随時受診可能

【対象者】 子宮がん：20歳以上の被保険者・被扶養者（受診日現在、当健保組合に加入している方）
乳がん：25歳以上の被保険者・被扶養者（受診日現在、当健保組合に加入している方）
※人間ドックの子宮がん検査、乳がん検査と重複しての利用は不可
※社員の定期健康診断および家族の巡回レディース健診に子宮がん検査、乳がん検査を追加して受診した方は重複しての利用は不可

【受診先】 任意に選択した検診機関
※ 居住自治体による検査も対象となります
※ 子宮がん検査と乳がん検査は、別々の検診機関でも受診可能です
※ 海外で受診した場合は、対象外

【費用補助対象】 全額自費による検査に限る（保険診療分は対象外）

【検査項目および費用(税込)の上限】 ※年齢は年度末(3月)時点での年齢

子宮がん検査	20歳以上	実費 (上限 7,500 円)	・診察 ・子宮頸部細胞診
	※ 同年度に人間ドックの子宮がん検査受診者は対象外 ※ 同年度に社員の定期健康診断、家族の巡回レディース健診に子宮がん検査を追加して受診した方は対象外 ※ 子宮超音波(エコー)検査は費用補助の対象外		
乳がん検査	25歳以上	実費 (上限 7,500 円)	・乳房超音波検査(エコー) ・乳房 X 線検査(マンモグラフィー) } どちらか一つを選択
			※両方がセットになっている場合は費用の半額を上限の範囲内で返金
※ 同年度に人間ドックの乳がん検査受診者は対象外 ※ 同年度に社員の定期健康診断、家族の巡回レディース健診に乳がん検査を追加して受診した方は対象外			

【検診費用】

- 健保組合指定の上記検査項目は、**自費診療**でお支払いください（保険診療は費用補助の対象外です）
- 上限金額の範囲内でも、指定項目以外の検査費用は費用補助の対象外となります
- 上限金額の超過分につきましては、返金できません
- 検査結果による再診については、費用補助の対象となりませんので保険診療にて受診してください

【提出書類】 ※提出された書類は返却できません

- ① 「がん検診(子宮がん・乳がん)」費用請求書(原本)
- ② 受診者宛領収書(原本)（個別金額の分かるもの、保険診療分は対象外 健保名や会社名の領収書は不可）
- ③ 診療明細書(原本)（医療機関により発行がない場合は添付不要）
- ④ 医療機関発行の結果票すべてのページの写し(コピー)または原本
医療機関発行の結果票がない場合は、健保組合所定の「がん検診(子宮がん・乳がん)結果報告書」(原本)

【提出期限】 **受診月の翌々月末までに健保組合必着**

【提出先】 社内便または郵送（FAX、WEBによるご請求は受け付けておりません）
※随時受付：各個人で健保組合、保健事業グループ宛へ直接送付
〒103-0016 東京都中央区日本橋小網町 9-2
SMBC 日興証券グループ健康保険組合 保健事業グループ

【費用返金】 提出書類①～④を受領した月の翌々月(下旬)に振込みにて返金

《お問合せ先》 保健事業グループ TEL:03-3660-2791、2793、2789

「がん検診(子宮がん・乳がん)」費用請求書【社員・社員の家族】

※人間ドックの子宮がん検査、乳がん検査と重複しての利用は不可
 ※社員の定期健康診断および家族の巡回レディース健診に
 子宮がん検査、乳がん検査を追加して受診した方の重複しての利用は不可

請求日: 年 月 日

SMBC日興証券グループ健康保険組合御中

下記のとおり「がん検診(子宮がん・乳がん)」を受診しましたので費用を請求します。

※1 マイナ保険証をお持ちの方は「資格情報のお知らせ」等
 マイナ保険証をお持ちでない方は「資格確認書」をご確認ください

被 保 険 者 名	フリガナ _____	健康保険の記号・番号 ※1		所 属		
	氏名 _____ 男・女	記号	番号			
				連絡先TEL	() —	
受 診 者	フリガナ _____	生 年 月 日	・昭和 ・平成		続 柄	・本人 ・妻
	氏名 _____		年 月 日	(歳)		・母
						・その他()
(健康保険の記号が3の方) 当該補助金の、人事部経由支払に同意します						

※太枠内ご記入ください

【費用請求時のご注意】

別紙「がん検診(子宮がん・乳がん)について(社員・社員の家族)」をご確認ください

【提出書類】 ※提出された書類は返却できません

- ① 「がん検診(子宮がん・乳がん)」費用請求書
- ② 受診者宛領収書(原本) (個別金額の分かるもの、保険診療分は対象外 健保名や会社名の領収書は不可)
- ③ 診療明細書(原本) (検診機関により発行がない場合は添付不要)
- ④ 検診機関発行の結果票すべてのページの写し(コピー)または原本
 検診機関発行の結果票がない場合は、健保組合所定の「がん検診(子宮がん・乳がん)結果報告書」(原本)

【提出期限】 受診月の翌々月末までに健保組合必着

【補助金の振込先】

被保険者名義の金融機関口座(健康保険の記号が3以外の方)

被保険者: 口座名義(カタカナ)

銀行名	銀行コード	支店名	支店コード	項目	口座番号(右詰で記入)
				・普通	
				・当座	

※ 健康保険の記号が3の社員の方は給与と同時振込となりますので、支払指定金融機関の記入は不要です。

健保組合記入欄

種別	利用日	内訳	利用金額	組合補助	備考
子宮がん検査 (51) 給与振込	年 月 日	20歳以上 7,500円	円	円	・領収書/結果 健診にあり
(52) 一般			円	円	
種別	利用日	内訳	利用金額	組合補助	備考
乳がん検査 (61) 給与振込	年 月 日	25歳以上 7,500円	円	円	・領収書/結果 健診にあり
(62) 一般			円	円	

健保記入欄



検診機関所定の結果表がない場合のみ、この結果報告書を提出してください

がん検診（子宮がん・乳がん）結果報告書

受診者名	生年月日	昭和・平成 年 月 日生 (歳)
子宮がん検査	◆受診項目に○印をつけてください。 ・診察 ・子宮頸部細胞診 ・その他() ◆検診結果に○印をつけてください。 ・異常なし ・異常あり(症状等)	
	令和 年 月 日 検診機関名 _____ 医師名 _____ (印)	
乳がん検査	◆受診項目に○印をつけてください。 ※乳房超音波・乳房X線検査はどちらか 1 検査を選択 ・乳房超音波 ・乳房X線検査 ・その他() ◆検診結果に○印をつけてください。 ・異常なし ・異常あり(症状等)	
	令和 年 月 日 検診機関名 _____ 医師名 _____ (印)	

【検診機関の方へ】

※所定の結果表がない場合のみ、上記該当項目にご記入捺印のうえ受診者にお渡しください。

【検診上の注意】

※子宮超音波(エコー)は対象になりません。

※乳房検査は、超音波またはX線検査どちらか 1 検査のみ補助の対象となりますので、受診者が選択してください。
(検診機関により、両検査がセットになっている場合は、費用の半額を上限の範囲内で返金)

※受診した検査項目のすべてが費用補助の対象となるわけではありません。詳しくは別紙「がん検診(子宮がん・乳がん)について」をご確認ください。

【お問合せ先】

SMBC 日興証券グループ健康保険組合 保健事業グループ TEL:03-3660-2791、2793、2789

受付印