

# 子宮頸がん検診料助成請求について

保険適用外で子宮頸がん検診を受診される場合、年1回を限度としてその費用を助成します。  
下記書式の中を全てご記入のうえ、診療報酬明細書、領収書の写し（子宮頸がん検診料部分がかかるもの）を添えて職員共済組合（行財政局厚生課）まで請求してください。

**病理細胞診のみ（超音波、CTなどの特殊検査を除く）**

**※人間ドック、脳ドック、婦人科単独検診等の受診者は申請できません。**

令和 年 月 日

神戸市職員共済組合理事長 宛

## 子宮頸がん検診料助成請求書

子宮頸がん検診を受診しましたので、下記のとおり助成金を請求いたします。

組 合 員 記号・番号	記号 番号	組 合 員 氏 名	
受 診 者 氏 名		続 柄	本人 ・ 妻 その他（ ）
受 診 者 生 年 月 日	年 月 日	受診年月日	
		自己負担額	円

診療報酬明細書、領収証（写）貼り付け欄

補助請求額

円

組 合 員 所 属		組 合 員 氏 名	
--------------	--	--------------	--

〈振込口座〉

銀行	支店	店番			普通・当座	口座番号								
フリガナ 口座名義														

注、組合員名義でお願いします。