健保記入欄					
受付年月日	年　月　日	常務理事印	事務長印	担当者印	資格確認印
支給決定年月日	年　月　日				

支給決定額	為替レート
円	＝　円（国名 （　年　月　日現在）
（算定基礎）	

2025年度 海外用健康診断費用申請書
（女性社員婦人科検診受診分）

申請日	2025年　月　日

本人記入欄			
被保険者等の記号・番号		記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください	
氏名（本人署名）			
生年月日	年　月　日	受診日	
年齢	歳	／　／	
受診機関	名称		
	所在地		
受診内容	当てはまるものに〇印	内容	支給上限額 ※年度ごとに上限の見直しあり
		子宮頚部細胞診（医師直接採取法） ※20歳以上（2026年3月31日時点）	5,500円
		乳房検査（視触診＋マンモグラフィorエコー） ※30歳以上（2026年3月31日時点）	6,500円
健康診断費用	通貨（　）		

上記の通り申請します。以下の口座へ振込ください。
（海外送金できないため、**日本国内の口座を記入**ください。）

	銀行 金庫 組合		店
口座番号	□普通　□当座		
口座名義（カタカナ）			

※注意
・受診内容（**日本語の翻訳が必要**）と金額が確認可能な領収書（コピーでも可）を添付の上、申請願います。
・申請回数は**1年に1回**です。**※受診可能期間は、6月から12月末までです。**
・毎月10日受付締め、当月末払いとなります。**※必ず年度内にご提出ください。**

2025/4/1改定