

がん検診補助金申請書

常務理事	課長	担当者

申請期限:2026年3月31日 健保組合必着

年 月 日

被 保 険 者 記 入 欄	記号・番号	-	電話番号 日中の連絡先	
	被保険者氏名			
	会社・事業所名		部署	
	受診者氏名・続柄	続柄	年齢	
	検診施設名			
	検診日	年 月 日	補助金対象金額	円
	検診種別	<input type="checkbox"/> 市区町村検診 <input type="checkbox"/> 会社の定期健康診断(KKC他) <input type="checkbox"/> それ以外() ・同年度内に人間ドック受診時のオプション検査で補助を受けている場合は対象外 ・同年度内にイーウェルの施設健診・巡回健診受診時のオプション検査で補助を受けている場合は対象外		
	検査項目	<input type="checkbox"/> 胃がん <input type="checkbox"/> 肺がん <input type="checkbox"/> 大腸がん <input type="checkbox"/> 前立腺がん(PSA) <input type="checkbox"/> 乳がん <input type="checkbox"/> 子宮がん <input type="checkbox"/> 腹部エコー <input type="checkbox"/> アミノインデックス <input type="checkbox"/> HPV <input type="checkbox"/> ピロリ菌 <input type="checkbox"/> PET		
在職中の補助金 支払いに関する同意	<input type="checkbox"/> 在職中、補助金は事業主経由で受領することに同意します。			

添付書類 : **領収書原本** 添付書類は申請書にホチキス留めして下さい。

領収書に**受診者名・検診項目・検診施設名**が記載されていることをご確認ください。

領収書に検診項目が記載されていない場合は、**検診項目の分かるものを添付**して下さい。

退職後に請求する場合に記入（任意継続者:記号9990は記入不要）

金融機関コード	銀 行 信用金庫 信用組合	店舗コード	支 店 本 店 出張所	種目 普通預金	口座番号	フリガナ 口座名義人

ゆうちょ銀行の口座へ振り込みを希望される場合、支店名は3桁の漢数字を、口座番号は振込専用の口座番号(7桁)をご記入ください。

健 保 記 入 欄	支給額	円	支給日	年 月 日
	備考			

【支給要件・注意事項】

- ① 検査日に有資格者(被保険者/被扶養者)であること。年齢制限はありません。
- ② **申請は年度内一人1回**です。
- ③ **申請の期限は、年度内(4/1～3/31)健保組合必着**です。
◆申請の期限に間に合わない場合は、あらかじめご連絡ください。
- ④ 年度内に複数回受診する場合は、領収書をまとめて、1枚の用紙で申請して下さい。
- ⑤ 保険診療の場合は、補助金対象外です。
- ⑥ **PSA(前立腺がん)を除く腫瘍マーカーは、補助の対象外**です。
- ⑦ 検査にかかった費用の上限1万円まで補助します。
- ⑧ 申請書の裏面に領収書が収まらない場合は、別紙に印字面を上糊付けして、添付して下さい。
- ⑨ LOX-index検査は、脳血管系疾患等検査補助金にて申請して下さい。

発信者印	発信者印

領収書原本 → がん検診補助金申請に添付
領収書コピー → 脳血管系疾患等検査補助金申請に添付