

2025年度受診分

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

| | | | |
|------------------|---|----------------|--------------|
| 記号・番号 | XXXX - XXXXXX | 電話番号 日中の連絡先 | XXX-XXX-XXXX |
| 被保険者氏名 | 健保 太郎 | | |
| 会社・事業所名 | 〇〇株式会社 〇〇事業所 | 部署 | 〇〇部〇〇課 |
| 受診者氏名・続柄 | 健保 太郎 続柄 本人 | 年齢 | 受診時の年齢 |
| 検診施設名 | 〇〇クリニック | | |
| 検診日 | Y 年 M 月 D 日 | 補助金対象金額 | 30,000 円 |
| 検診種別 | <input checked="" type="checkbox"/> 市区町村検診 <input type="checkbox"/> 会社 100%自費による検診のみ対象 <small>・同年度内に人間ドック受診時のオプション</small> <small>・同年度内にイーウェルの施設健診・</small> | | |
| 検査項目 | <input checked="" type="checkbox"/> 胃がん <input type="checkbox"/> 肺がん <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 在職中、補助金支払いを希望する 任意継続者・退職後請求の場合チェック不要 | | |

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下さい。

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 |
|---------|
| |

任意継続者を除く、退職後の請求、退職予定の方のみ記入
 任意継続者は、登録の口座へ支払います

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】

- 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。
- 申請は年度内一人1回です。
- 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。
- 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。
- 保険診療の場合は、補助金対象外です。
- PSA(前立腺がん)を除く腫瘍マーカーは、補助の対象外です。
- 検査にかかった費用の上限1万円まで補助します。
- 申請書の裏面に領収書が収まらない場合は、別紙に印字面を上に糊付けして、添付して下さい。
- 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。

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

| 発信者印 | 発信者印 |
|------|------|
| | |