

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	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"/> 会社検診 ・同年度内に人間ドック受診時のオフ ・同年度内にイーウェルの施設健診・検診 100%自費による検診のみ対象 保険診療での検査は70%健保が負担しているため補助対象外です		
	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"/> ヒロリ菌 <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 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	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】

- 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。
- 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