## 2025年度受診分

## がん検診補助金申請書

課長	担当者
	課長

月

日

## 申請期限:2026年3月31日 健保組合必着

	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							
被	会社·事業所名	〇〇株式会社	部署	〇〇部〇〇課					
保	受診者氏名·続柄	健保 太郎	続柄 本人	年齢		受診時の年齢			
険	検診施設名	〇〇クリニック							
者	検診日	Y 年 M	月 D 日	補助金対象金額		30,00	0	円	
記入	☑ 市区町村検診 □ 会社 100%自費による検診のみ対象							)	
欄	小人的人	・同年度内に人間ドック ・同年度内にイーウェル	受診時のオブ <mark>保険診療</mark> の施設健診・i	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	☑ 胃がん □ 朋	がん ☑ 大腸がん	□ 前立腺がん(P\$	SA) □	□乳がん □	] 子宮がん	1	
		□ 腹部エコー □	] アミノインデックス	□ HPV □ Ŀ	ピロリ菌	□ PET			
	在職中の補助金 支払いに関する同意								
	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 <mark>受診者</mark>	f名·検診項目·検診施	<mark>設名</mark> が記載されている	ことをご確認下さい	0				
	領収書に検診項	目が記載されていない	い場合は、検診項目の分	かるものを添付し <sup>-</sup>	て下さい。				
	TI WARD - 10	退職後に請	情求する場合に記入 (任意	継続者:記号9990は記	入不要)				
金融	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								
・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・									
健保	支給額		円	支給日		年	月	日	
健保記入欄	備考			<u> </u>					
【支	【支給要件・注意事項】 発信者印 発信者印 発信者印 発信者印 発信者の 発信者の 発信者の 発信者の 発信者の 発信者の 発信者の そんしゃ かいしゅう しゅう かいしゅう かいしゅう かいしゅう かいしゅう かいしゅう いっぱん かいしゅう いっぱん かいしゅう いっぱん かいしゅう かいしゅう いっぱん いっぱん いっぱん いっぱん いっぱん いっぱん いっぱん いっぱん							p	

- 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、別紙に印字面を上に糊付けして、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