がん検査　費用補助申請書

**（太枠内ご記入ください）**

|  |  |
| --- | --- |
| 記　入　日 | 年　　　月　　　日　　　　　受診後3ヵ月以内に提出 |
| **①被保険者情報** | 健康保険被保険者証 | 記　号 | 番　号 | 事業所名 |
|  |  |  |
| 氏名・印 | （フリガナ） |
|  | ㊞ | ※自署の場合は捺印不要 |
| 部署名 |  |
| **②受診者** | 受診者氏名 |  | 続柄 |  | 年齢 |  |
| 携帯番号 | 　　 | ※平日の日中に連絡がつく番号 |

（※2）愛媛県健保会館にて健診受診者は補助対象外となります。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **③検査の受診情報** | 一次検査受診日　（枠外※１をご確認ください） | 　　　　　　年　　　月　　　日　　 |
| 検査項目 | 支払総額 | 検査結果 | 病　名(分かる範囲で記入してください) |
| 胃がん検査（ﾊﾞﾘｳﾑ・ｶﾒﾗ） | 円 | 異常なし・再検査・経過観察・治療開始 |  |
| 大腸ﾌｧｲﾊﾞｰ検査 | 円 | 異常なし・再検査・経過観察・治療開始 |  |
| 子宮頸がん検査 | 円 | 異常なし・再検査・経過観察・治療開始 |  |
| 乳がん検査(ﾏﾝﾓｸﾞﾗﾌｨor乳腺ｴｺｰ） | 円 | 異常なし・再検査・経過観察・治療開始 |  |
| 甲状腺ｴｺｰ検査（※2） | 円 | 異常なし・再検査・経過観察・治療開始 |  |
| 前立腺精密検査 | 円 | 異常なし・再検査・経過観察・治療開始 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 検査項目 | 対象者 | 補助条件 | 補助額 |
| 胃がん検査 | 35以上の被保険者、40歳以上の被扶養者・任意継続者 | 年1回 | 上限5,000円 |
| 大腸ﾌｧｲﾊﾞｰ検査 | 上限15,000円 |
| 子宮頸がん検査 | 18歳以上の加入者（女性のみ）ﾏﾝﾓｸﾞﾗﾌｨ…40歳以上推奨　乳腺ｴｺｰ…39歳以下推奨　 | 〇一次検査/年1回〇一次検査において要精密検査だった方(二次検査)/年1回 | 上限3,000円 |
| 乳がん検査（ﾏﾝﾓｸﾞﾗﾌｨ検査or乳腺ｴｺｰ検査） |
| 甲状腺ｴｺｰ検査 | 加入期間中1回 | 上限5,000円 |
| 前立腺精密検査 | 45歳以上の加入者（男性のみ） | 一次検査(総合健診)において陽性だった方 | 上限5,000円 |

**※１二次検査の補助申請の場合、一次検査の受診日を必ず記入して下さい。**

|  |  |
| --- | --- |
| 【健保組合使用欄】　補助支給決定額 | 担当 |
| \　　　　 |  |

**【がん検査 費用補助申請に必要なもの】**

**✓**提出前にご確認ください

□がん検査 費用補助申請書

□領収書(写しでも可)

□診療明細書(写しでも可)

□検査結果(写しでも可)

※無い場合は③検査の受診情報に必ず記入してください。