【2024年度】がん検査　費用補助申請書

**～健康診断を受けた方のみ補助対象となります～　　　（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 |
|  |  |  |
| 被保険者氏名 | （フリガナ） |
|  |  |  |
| **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 |

(※1)ﾏﾝﾓｸﾞﾗﾌｨと乳腺ｴｺｰはどちらか一方のみの補助です。(※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** | 健康診断受診日（必須） | 　　　　　　年　　　月　　　日　　 |
| 検査項目 | 支払総額 | 検査結果（必須） | 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（※1）(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歳以上の被保険者、40歳以上の被扶養者・任意継続被保険者 | 1回／年度 | 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歳以上の被保険者･配偶者40歳以上の家族（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/年度1回〇一次検査において要精密検査となった方/年度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） | 1回／年度 | 上限5,000円 |
| 初回検査分のみ補助対象です。胃ｶﾒﾗと大腸ﾌｧｲﾊﾞｰ検査のみ検査前後の診察も申請可。 |

**【がん検査 費用補助申請に必要なもの】**

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

**☑**申請前にご確認ください

□がん検査 費用補助申請書

□領収書(写し可)

□診療明細書(写し可) ※検査項目が細かく記載されているもの

□検査結果(写し可) ※無い場合はかまいません

【提出先】大王製紙健康保険組合 総務課ara005@daiogroup.com 〒799-0403　愛媛県四国中央市三島朝日2-12-45

**★被扶養者：パート先で健康診断を受けた方は別途、「健診結果」と「当組合指定の問診票」の提出が必要です。**