

【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 ヶ月以内に提出	
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

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 <small>(分かる範囲で記入してください)</small>	
胃がん検査 (バリウム・加メ)	円	異常なし・再検査・経過観察・治療開始		
大腸ファイバ-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) (マンモグラフィ or 乳腺超音波)	円	異常なし・再検査・経過観察・治療開始		
甲状腺超音波検査 (※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		

(※1)マンモグラフィと乳腺超音波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。

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
大腸ファイバ-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) マンモグラフィ…40歳以上推奨 乳腺超音波…39歳以下推奨	○一次検査/年度 1回 ○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 (マンモグラフィ検査 or 乳腺超音波検査)		加入期間中 1回	上限 5,000 円
甲状腺超音波検査	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。胃加メと大腸ファイバ-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】

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

【健保組合使用欄】 補助支給決定額	担当
¥	

★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。