

2026年度 がん検診・自治体検診 補助金支給申請書 (本人・被扶養者)

イオン健康保険組合理事長殿

申請日 (西暦)

年 月 日

下記のとおり申請いたします。

被保険者記入欄	記号・番号 (右づめ)	-										会社名 部 室 店 名	
	被保険者氏名											日中連絡がとれる 電話番号(店舗等)	勤務先: 携帯等:
	住所※ 申請に不備があった 場合の書類返送先	〒											
	振込先 (被保険者の口座) ※ゆうちょ銀行不可	銀行・信金				本・支店				口座 番号 (普)	フリガナ	口座名義 (被保険者)	

※振込先は被保険者名義の口座に限らせていただきます。

受診者情報記入欄	受診者氏名					受診者生年月日	(西暦)	年	月	日
	↓受診した検診に○	受診日	受診医療機関	検診の種類 (下記検査のみ対象) ↓受診した検診に○		費用				
	胃がん	年 月 日		胃部エックス線・胃内視鏡 ヘリコバクター抗体検査・ペプシゲン検査 胃がんリスク層別化検査 (ABC分類)		円				
	肺がん	年 月 日		胸部エックス線・胸部CT 喀痰細胞診		円				
	大腸がん	年 月 日		便潜血・大腸内視鏡		円				
	乳がん	年 月 日		乳房エックス線 (マンモグラフィ) 乳房超音波検査		円				
	子宮がん	年 月 日		頸部細胞診・体部細胞診 HPV検査・経膈超音波		円				
	前立腺がん	年 月 日		PSA検査		円				
	肝炎	年 月 日		自治体を実施した肝炎検査		円				
	骨粗しょう症	年 月 日		自治体を実施した骨密度検査		円				
	歯科	年 月 日		自治体を実施した歯周病検査		円				
※例えば、乳がんのマンモを自治体、超音波を別施設で受けた場合、わかるように記入し、合算して申請してください。							合計額	円		

領収書 (原本) 貼付欄

注 意 事 項	①対象となる検診：上記に記載のがん検診、自治体を実施する肝炎検診・骨粗しょう症検診・歯科検診
	②対象者：2026年4月1日時点で当健康保険組合に加入の30歳以上の被保険者と被扶養者 ※但し「子宮頸がん検診」のみ20歳以上が対象 (対象年齢は当該年度末 (2027年3月31日) を基準日とする)
	③受診期間：2026年4月1日～2027年3月31日
	④補助額：上限5,000円までの実費
	⑤提出期限：2027年4月5日 (必着) *年度内に1度のみ申請可
	⑥提出書類： a. この用紙 (補助金支給申請書) b. 領収書の原本 (返却はいたしません) ・検診種類 (項目) および自己負担額が確認できること。健康保険を使用した検査は補助対象外となります。 ・領収書に検診種類 (項目) の明記が無い場合、医療費明細書等 (コピー可) 確認できるものを必ず添付下さい。 ・人間ドック等の基本検査項目に含まれており、検査項目の費用が個別で算出できない場合は申請できません。 c. がん検診・自治体検診補助申請チェックリスト
	⑦送付先：〒350-0151 埼玉県比企郡川島町八幡6-13-2 共同印刷 (株) 川島SC内「イオン健保 がん自治体検診補助金申請受付係」 ※社内メール不可。誤ってイオン健保に送付した場合は、お振込みが大幅に遅れます。
	⑧振込み：原則、毎月15日迄に受理した申請書については、翌月25日の振込みとなります。 (25日が金融機関休業日の場合翌営業日以降の振込み) ※ゆうちょ銀行への振込はできません。

<イオン健康保険組合記入欄>

資格取得日

資格喪失日

支給決定何				補助金	出納日印
常務理事	事務長	課長	係		
				円	



がん検診・自治体検診補助 申請チェックリスト

申請書を提出する前に必ず以下の項目を確認してください。このリストは申請書に添付してください。
 (送付先はイオン健保ではありません。㊟の送付先に郵送願います。)

氏名

<input type="checkbox"/>	<p>①今年度の補助申請対象者ですか。</p> <p>⇒補助申請対象者とは 2026年度がん検診・自治体検診補助申請対象は、2026年4月1日時点で当健康保険組合に加入されている、30歳以上（子宮頸がんのみ20歳以上）の被保険者と被扶養者です。 2026年4月2日以降の加入は対象外となります。又、資格喪失後の受診は対象外となります。</p>		
<input type="checkbox"/>	<p>②領収書に「大腸がん検診」、「子宮がん検診」「マンモグラフィ」等の検診項目、検診費用が記載されていますか。</p> <p>⇒記載されていない場合、補助対象となるがん検診等の費用とは判断ができないため、申請を受理することはできません。 検診項目、検診費用が記載された医療費明細書等を添付してください。</p>		
<input type="checkbox"/>	<p>③今回申請するがん検診・自治体検診は健康保険を使用していませんか。</p> <p>⇒健康保険を使用して受診した場合、保険診療（3割自己負担）となりますので、がん検診・自治体検診補助の補助対象外となります。 保険診療か判断ができない場合は、受診医療機関にご確認下さい。</p>		
<input type="checkbox"/>	<p>④自治体実施の肝炎検診、骨粗しょう症検診、歯科検診の費用を申請する場合、領収書に自治体の検診費用（千葉市肝炎検診代等）の記載はありますか。</p> <p>⇒記載がない場合は自治体の検診であることが確認できるものを提出してください。 （自治体からの検診の案内等）</p>		
<input type="checkbox"/>	<p>⑤領収書は原本ですか。</p> <p>⇒コピーでの提出は認められませんので必ず原本をご提出ください。</p>		
<input type="checkbox"/>	<p>⑥補助金の振込先は正しく記入していますか。</p> <p>⇒銀行名、支店名、口座番号の記入漏れはないですか。ゆうちょ銀行には振込みできません。 ⇒被扶養者の申請であっても振込先は被保険者の名義の口座を記入してください。</p>		
<input type="checkbox"/>	<p>⑦住所は正しく記入していますか。</p> <p>⇒申請書類に不備があった場合は、ご記入の住所に書類を返送させていただきます。</p>		
<input type="checkbox"/>	<p>⑧日中連絡がとれる電話番号は正しく記入していますか。</p> <p>⇒申請書類の確認のために、担当者からご連絡をさせていただく場合があります。 イオン健康保険組合の電話番号（043-212-6048）からの着信には必ず出ていただきますようお願い致します。</p>		
<input type="checkbox"/>	<p>⑨送付先は以下の住所に郵送してください。ポスト投函前に切手の貼り忘れはないか確認願います。 【注意】社内メール便で送ることはできません。</p> <table border="1" data-bbox="140 1951 1161 2136"> <tr> <td data-bbox="140 1951 220 1995"> 郵送 </td> <td data-bbox="220 1951 1161 2136"> 〒350-0151 埼玉県比企郡川島町八幡6-13-2 共同印刷(株) 川島SC内 「イオン健保 がん自治体検診補助金申請受付係」 </td> </tr> </table> <p>☆今年度から送付先が変更になりました。イオン健康保険組合には送付しないようご注意願います。</p>	郵送	〒350-0151 埼玉県比企郡川島町八幡6-13-2 共同印刷(株) 川島SC内 「イオン健保 がん自治体検診補助金申請受付係」
郵送	〒350-0151 埼玉県比企郡川島町八幡6-13-2 共同印刷(株) 川島SC内 「イオン健保 がん自治体検診補助金申請受付係」		