

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)2027年 1月 28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	イオンリテール(株) 〇〇〇店	
	被保険者氏名	幕張 光		日中連絡がとれる 電話番号(店舗等)	勤務先: 043-123-4567 携帯等: 080-123-4567
	住所※ 申請に不備があった 場合の書類返送先	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 千葉県千葉市〇〇区〇〇町×××-× 〇〇マンション103			
	振込先 (被保険者の口座) ※ゆうちょ銀行不可	〇〇〇 銀行・信金	〇〇〇 本・支店	口座 番号 (普) ×××××××	フリガナ マクハリ ヒカリ 口座名義 (被保険者) 幕張 光

※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	幕張 光		受診者生年月日	(西暦) 1966年 3月 25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	2026年 4月 12日	幕張病院	胃部エックス線・胃内視鏡 ヘリコバクター抗体検査・ヘパシタス検査 胃がんリスク層別化検査(ABC分類)	15,000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	2027年 1月 16日	マリンクリニック	乳房エックス線(マンモグラフィ) 乳房超音波検査	自治体での エコー 1,000円 5,500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	21,500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みはできません。	

<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	

