

2025年度 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。

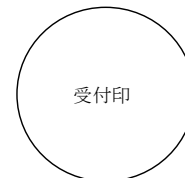
被 保 険 者 (請 求 者) 記 入 欄	記号・番号 (右づめ)																会社名 部室店名	
	被保険者氏名												日中連絡がとれる 電話番号(店舗等)	勤務先: 携帯等:				
	受診者氏名												受診者生年月日	(西暦) 年 月 日				
	振込先 (被保険者の口座) ※ゆうちょ銀行不可	銀行・信金						本・支店			口座 番号 (普)	フリガナ 口座名義 (被保険者)						
	検査項目記入欄 ※受診した検査種類をすべて記入してください。																	
		受診日(西暦)	検査種類(項目)		自治体名		受診機関名		自己負担額									
	記入例	2025年 10 月 7日	胃がん		千葉県		イオン病院		〇〇〇 円									
	①	年 月 日							円									
	②	年 月 日							円									
	③	年 月 日							円									
④	年 月 日							円										
⑤	年 月 日							円										
												自己負担額の合計額		円				

領収書(原本)貼付欄

注 意 事 項	①対象となる検診: 居住している(住民票がある)自治体の保健所、保健センターやその委嘱を受けた医療機関が実施する「がん検診」「肝炎検診」「骨粗しょう症検診」「歯科検診」等(一般健診、インフルエンザ予防接種を除く)																
	②対 象 者: 2025年4月1日現在、当健康保険組合に加入の30歳以上(2026年3月31日現在: 1996年3月31日以前生まれ)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(2026年3月31日現在: 2006年3月31日以前生まれ)の被保険者と被扶養者も対象となります。)この申請を行う場合は、同年度内に「がん検診補助制度」を申請することはできません。																
	③受診期間: 2025年4月1日~2026年3月31日 *1年分をまとめて年1度のみ申請可																
	④補 助 額: 1人あたり5,000円までの実費(年1回のみ)																
	⑤提出期限: 2026年4月5日(イオン健康保険組合必着)																
	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(レシート不可)(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 c. 自治体の検診であることが確認できるもの(自治体からの検診の案内等) ※領収書に「〇〇市がん検診」等記載があれば提出は不要です。 d. 自治体検診補助申請チェックリスト																
	⑦振込み: 原則、毎月5日迄に受理した申請書については、25日の振込みとなります。尚、記入もれや添付書類のもれ等がありますと振込みが遅れる場合もありますのでご注意ください。(25日が金融機関休業日の場合は翌営業日以降の振込みとなります)																
	※ ゆうちょ銀行への振込みはおこなっておりません。																
	※ 資格喪失後の受診は補助金支給対象外となります。																
	※ 提出いただきました書類の返却は行いません。必要な場合は写しをおとり下さい。																

<イオン健康保険組合手続き欄> 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	



自治体検診補助申請チェックリスト

申請前に以下の項目を確認してください。 氏名

<input type="checkbox"/>	<p>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 2025年度自治体検診補助申請対象者は、2025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になります。資格喪失後の受診は対象外となります。</p>			
<input type="checkbox"/>	<p>今回申請する自治体検診の検診費用を全額自己負担しましたか。</p> <p>⇒保険証を使用した場合、保険診療（3割自己負担）となりますので、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>同年度内に「がん検診補助」を申請していませんか。</p> <p>⇒既に「がん検診補助」を申請している場合は、同年度内に「自治体検診補助」は申請できません。</p>			
<input type="checkbox"/>	<p>申請書の振込先は被保険者の口座を記入していますか。</p> <p>⇒被扶養者の申請であっても補助金は被保険者の口座（ゆうちょ銀行以外）へ振込みになります。</p>			
<input type="checkbox"/>	<p>今回の申請に医療機関等で受けたがん検診（自治体の検診では無い）は含まれていませんか。</p> <p>⇒「自治体検診補助」は自治体の実施する検診以外のがん検診は申請できません。自治体検診のオプション検査として受診したがん検診は対象外となります。 例えば、市の検診で胃がん検診、子宮がん検診を受診し 乳がん検診（自治体の検診では無い）を受診した場合は、費用の高い（補助金額の多い）制度を利用してください。</p> <p>〔一例〕 胃がん検診（自治体検診） 3,500円 子宮がん検診（自治体検診） 1,000円 乳がん検診（自治体検診ではない） 3,300円を受診 この場合「自治体検診補助」にて 胃がん検診3,500円、子宮がん検診1,000円を申請すれば 4,500円の補助対象となり、「がん検診補助」よりも補助金額が多くなります。</p>			
<input type="checkbox"/>	<p>「日中連絡がとれる電話番号」の記入誤りが増えております。 電話番号は正しく記入願います。 提出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>送付先は以下にお願いします。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;"> <p>郵送</p> <p>261-8515 千葉県千葉市美浜区中瀬1-5-1 イオン健康保険組合 保健事業課 宛</p> </td> <td style="width: 50%; padding: 5px;"> <p>社内メール</p> <p>イオンタワー18F イオン健康保険組合 保健事業課 宛</p> </td> </tr> </table>		<p>郵送</p> <p>261-8515 千葉県千葉市美浜区中瀬1-5-1 イオン健康保険組合 保健事業課 宛</p>	<p>社内メール</p> <p>イオンタワー18F イオン健康保険組合 保健事業課 宛</p>
<p>郵送</p> <p>261-8515 千葉県千葉市美浜区中瀬1-5-1 イオン健康保険組合 保健事業課 宛</p>	<p>社内メール</p> <p>イオンタワー18F イオン健康保険組合 保健事業課 宛</p>			