

## 2024年度 がん検診(自治体検診は除く) 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

※私は、対象のがん検診を受診しましたので、下記のとおり申請いたします。

記号・番号																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)					
↓受診した検診 に○	受診日(西暦)		受診機関名			＜検査方法＞ 受診した検査方法を囲んで下さい (以下に記載のない検査は補助対象外)				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 ペプシノゲン検査 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 喀痰細胞診				円							
大腸がん	年 月 日					便潜血				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							
										合計額		円					

【注意】保険診療(保険証使用)として受けた検診は補助対象外です。

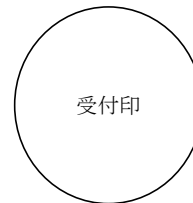
## 領収書(原本)貼付欄

注 意 事 項	<p>①対象となる検診:医療機関が実施する、「胃がん検診」、「肺がん検診」、「大腸がん検診」、「乳がん検診」、「子宮がん検診」のうちイオン健保が指定した検査項目(上記に記載のある検査方法のみ補助対象) ※自治体を実施している検診はこの制度では申請できません。「自治体検診補助金支給申請書」にて申請願います。</p> <p>②対象者:2024年4月1日現在、当健康保険組合に加入の30歳以上 (2025年3月31日現在:1995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(2025年3月31日現在:2005年3月31日以前生まれ)も対象) この制度の申請を行う場合は、同年度内に「自治体検診補助制度」を申請することはできません。</p> <p>③受診期間:2024年4月1日~2025年3月31日</p> <p>④補助額:上限5,000円までの実費</p> <p>⑤提出期限:2025年4月5日(イオン健康保険組合必着) *1年分をまとめて年1度のみ申請可</p> <p>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 ・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。</p> <p>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)</p> <p>※ 保険診療扱い(窓口で3割負担)として受けた検査は補助金支給対象外となります。 ※ 資格喪失後の受診は補助金支給対象外となります。※ ゆうちょ銀行への振込みはおこなっておりません。 ※ 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。</p>
------------------	---

&lt;イオン健康保険組合手続き欄&gt; 資格取得日

資格喪失日

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



## がん検診補助申請チェックリスト

(※この用紙はイオン健保に送付する必要はありません。申請時の確認にご使用ください。)

<input type="checkbox"/>	<p>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。</p> <p>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>今回申請するがん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、がん検診補助の補助対象外となります。</p> <p>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「自治体検診補助」を申請していませんか。</p> <p>⇒既に「自治体検診補助」を申請している場合は、同年度内に「がん検診補助」は申請できません。</p>
<input type="checkbox"/>	<p>今回の申請に自治体（市区町村）で受けたがん検診は含まれていませんか。</p> <p>⇒「がん検診補助」は自治体検診として受診したがん検診は申請できません。</p> <p>例えば、市の検診で子宮頸がん検診を受診し、医療機関でマンモグラフィ（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〕</p> <p>子宮頸がん検診（自治体検診）1,000円、</p> <p>乳がん検診（自治体検診ではない）4,000円を受診</p> <p>この場合「がん検診補助」にて乳がん検診4,000円を申請すれば補助金額が多くなります。</p>