

2025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) 2025年 9月 25日

下記のとおり申請いたします。

記号・番号 (右づめ)	×	-	×	×	×	×	×	×	×	×	会社名 部室店名	イオンリテール(株) ××店	
被保険者氏名	幕張 希美										日中連絡がとれる 電話番号(店舗等)	勤務先: 043-123-5678 携帯等: 080-1234-5678	
受診者氏名	幕張 希美										受診者生年月日	(西暦) 1989年 5月 4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)	マクハリ ノゾミ 幕張 希美			
↓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	2025年6月18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 ペプシノゲン検査 胃がんリスク層別化検査(ABC分類)					4800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	2025年9月25日	幕張レディースクリニック		便潜血・大腸内視鏡					1500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	2025年9月25日	幕張レディースクリニック		頸部細胞診・体部細胞診 HPV検査・経膈超音波					4000円				
										合計額		10300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: 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)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: 2025年4月1日～2026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: 2026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。 c. がん検診補助申請チェックリスト</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ありません。 ※ 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>
------------------	---

<イオン健康保険組合手続き欄>

資格取得日

資格喪失日

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

