

【2025年度】がん検査 費用補助申請書

～健康診断を受けた方のみ補助対象となります～ (太枠内全てご記入ください)

記入日		年 月 日		受診後3ヵ月以内に提出	
①被保険者情報	健康保険の記号・番号が不明な場合は国のマイナ [®] -外で要確認ください	記号	番号	事業所名	
	被保険者氏名	(フリガナ)			
②受診者	受診者氏名	続柄		年齢	
	携帯番号				※平日の日中に連絡がつく番号

★健康診断受診日(必須) ※がん検査受診日ではありません				年 月 日	
③がん検査の受診情報	検査項目	該当するものに○を付けてください	支払総額	検査結果(必須)	病名 (分かる範囲で記入してください)
	胃がん検査 (バリウム・加γ)	一次検査 ・ 二次検査	円	異常なし・再検査 経過観察・治療開始	
	大腸ファイバ [®] -検査	/	円	異常なし・再検査 経過観察・治療開始	
	子宮頸がん検査	一次検査 ・ 二次検査	円	異常なし・再検査 経過観察・治療開始	
	乳がん検査 (マンモグラフィ or 乳腺I ⁻)	一次検査 ・ 二次検査	円	異常なし・再検査 経過観察・治療開始	
	甲状腺I ⁻ -検査(※1)	/	円	異常なし・再検査 経過観察・治療開始	
前立腺精密検査	/	円	異常なし・再検査 経過観察・治療開始		

(※1)愛媛県健保会館にて健診受診者及び当健保組合検査技師の出張工コ-検査受診者は補助対象外となります。

検査項目	対象者	補助条件	補助額
胃がん検査	35歳以上の被保険者、 40歳以上の被扶養者 ・任意継続被保険者	1回/年度 (健康診断時に加 [®] γで胃加 [®] の 受診者は補助対象外)	上限 5,000 円
大腸ファイバ [®] -検査			上限 15,000 円
子宮頸がん検査	18歳以上の被保険者・配偶者 40歳以上の家族 (女性のみ) マンモグラフィ…40歳以上推奨 乳腺I ⁻ …39歳以下推奨	○一次検査/年度1回 ○一次検査において要精密検査と なった方/年度1回 マンモグラフィと乳腺I ⁻ はどちらか一方の みの補助	上限 3,000 円
乳がん検査 (マンモグラフィ検査 or 乳腺I ⁻ 検査)			
甲状腺I ⁻ -検査		加入期間中1回	上限 5,000 円
前立腺精密検査	45歳以上の加入者(男性のみ)	1回/年度	上限 5,000 円

初回検査分のみ補助対象です。胃加[®]と大腸ファイバ[®]-検査のみ検査前後の診察も申請可。

【がん検査 費用補助申請に必要なもの】

- 申請前にご確認ください
- がん検査 費用補助申請書
- 領収書(写し可)
- 診療明細書(写し可) ※検査項目が細かく記載されているもの
- 検査結果(写し可) ※無い場合はかまいません

詳細は当健保
組合ホームページへ



【健保組合使用欄】 補助金支給決定額	担当
¥	

口被扶養者：パート先で健康診断を受けた方は別途「健診結果」と「当組合指定の問診票」の提出が必要です。