

支給額	円	理事長	常務理事	事務長	係

令和 年度 被 保 険 者 被 扶 養 者 単 独 が ん 検 診 補 助 金 申 請 書

サイボー健康保険組合理事長 殿

被保険者証	記号	番号	被保険者の氏名	市区町村のがん検診が含まれていますか	
受診者の氏名			受診者連絡先	はい・いいえ	
受診部位項目に○	検査方法に○	検診日	検診先医療機関名	検診費用(税込み)	補助上限額
胃がん (35歳以上)	胃部X線検査(バリウム)	年 月 日		円	7,150円
	胃部内視鏡検査				10,000円
大腸がん (35歳以上)	便潜血検査	年 月 日		円	1,650円
	大腸内視鏡検査				10,000円
乳がん	マンモグラフィ検査	年 月 日		円	5,000円
	超音波検査				
子宮がん	頸部細胞診	年 月 日		円	4,400円
	体部細胞診				
何項目受診しても、補助上限額は20,000円		領収書枚数	枚	検診費用合計	円

2023.4

対 象 者・・・被保険者・被扶養者・任意継続者
対 象 年 齢・・・胃がん及び大腸がんは年度末年齢が35歳以上、乳がん及び子宮がんは年度末年齢19歳以上
対象の医療機関・・・指定なし(自身で予約、全額支払いをする)、市区町村によるがん検診も可
受 診 対 象 期 間・・・4月1日～翌年2月末日
申 請 締 切 り 日・・・3月末日
申 請 方 法・・・全ての領収書(原本)と健診結果コピーを申請書に添付して事業所担当者を通して健康保険組合に提出
申 請 回 数・・・年度内に1回のみ(医療機関が検診項目毎に異なる場合もまとめて)
支 払 方 法・・・事業所経由にて支給 事業所により異なる(給与振込か個人振込)、休職者と任意継続者は個人振込
※詳細につきましては、「単独がん検診補助金」要項にてご確認ください。

【注意事項】

- ・同一年度内に同一部位の検査や、(未)契約機関の人間ドック・脳ドック・がんドックとの重複しての補助はいたしません
- ・何部位受診しても補助の上限額は20,000円です
- ・保険診療(3割自己負担)は補助の対象ではありません
- ・胃がん・大腸がんは2つの検査方法のどちらかを補助します
- ・同一の部位の検診を同年度内に2回受診し補助を受けた場合、後に受診した検診に係る補助金を返金していただきます

提出前に下記を確認し✓してください

《被保険者の方》

- ☐ 同年度内の定期健康診断では、同じ部位のがん検診を受けていません(受けません)
- ☐ 同年度内に、(未)契約機関の人間ドック・脳ドック・がんドック、いずれの補助もを受けていません(受けません)

《被扶養者・任意継続者の方》

- ☐ 子宮がん検診の補助を受ける場合、同年度内に特定健診の子宮がん検診を受けていません(受けません)
- ☐ 同年度内に、(未)契約機関の人間ドック・脳ドック・がんドック、いずれの補助もを受けていません(受けません)

受付印