

【提出先】

■一般被保険者（従業員）→各事業所の健保担当者→東芝健保

（様式 2-4）

※事業主（所）記載欄		
適用事業所記号（3桁）		

東芝健康保険組合 使用欄		
グループ長		担当者

事業主（所） 健保担当者
印

【一般被保険者（従業員）用】  
保健事業補助金申請書

東芝健康保険組合 御中

下記のとおり申請いたします。

領収書の返却希望

※太枠内の記入と、該当するものに☑を入れてください。

被保険者証				被保険者氏名	性別	生年月日（西暦）		
記号	番号							
					<input type="checkbox"/> 男	年 月 日		
					<input type="checkbox"/> 女			
勤務先名				所属部署名				
委任状	この申請に基づく補助金の受領を事業主に委任します。				西暦	年	月	日
				被保険者氏名 _____				

判定結果（がん・生活習慣病）

1：異常なし 2：経過観察（受診不要） 3：要観察（要受診） 4：要治療・精検 5：治療中 6：判定不能

1. がん・生活習慣病検診

検診項目		対象年齢	補助上限額 （消費税10%込）	備考	補助金申請額	判定結果 該当する数字に○			
がん 検診	胃がん	※どちらかにチェック✓してください □バリウム（X線） □内視鏡	35歳以上	14,300 円	東芝けんぽ総合健診で内視鏡を 選択した場合の自己負担金は、 補助対象外	円	1	2	3
	肺がん	喀痰細胞診	50歳以上 高危険群*	4,400 円	*高危険群：喫煙指数（1日の 本数×年数）600以上の人 （例：20本×30年）	円	1	2	3
	大腸がん	便潜血	35歳以上	2,090 円	大腸カメラ検査は対象外	円	1	2	3
	乳がん	超音波	30歳以上 女性	7,150 円	・29歳以下は補助対象外 ・40歳以上はどちらか1つ ・視触診との組み合わせ可 ・視触診単独実施は補助対象外	円	1	2	3
		マンモグラフィ	40歳以上 女性				4	5	6
子宮頸がん	頸部細胞診	女性	5,500 円	頸部細胞診以外（経膈エコー、 体部細胞診等）は補助対象外	円	1	2	3	
生活 習慣 病 検診	眼底検査	網膜の疾患の有無や動脈硬化の程度 を調べます	35歳以上	1,320 円		円	1	2	3
	腹部超音波検査	5臓器（胆のう・肝臓・膵臓・脾 臓・腎臓）を調べます	35歳以上	6,050 円		円	1	2	3

2. そのほかの検査

骨密度		女性	3,300 円	（ケンボ）からの補助は生涯 1回のみ	円	1	2	3
						4	5	6

3. 歯科健診

歯科	口腔内診査、歯科保健指導、予防的処置	—	4,400 円	会社の健診および歯科医師会の 歯科健診を受診した場合は補助 対象外	円	1	2	3
----	--------------------	---	---------	---	---	---	---	---

※7都県（東京都・神奈川県・埼玉県・静岡県・愛知県・三重県・福岡県）の歯科医院で受診する場合は、補助金制度は利用  
できません。歯科医師会の歯科健診制度をご利用ください（立て替え払いなし）。詳しくは、東芝健保HPでご確認ください。

判定結果 1：健全(健康) 2：経過観察(受診不要) 3：要治療(治療中含)

健保記入欄	受診日	年	月	日
-------	-----	---	---	---

**保健事業補助金申請書 領収書添付用**  
 （返却希望の方は、のり付けでなくホチキス止めをお願いします）

## ● 受診・申請前に確認をお願いします。

チェック	確認事項
<input type="checkbox"/>	保険証を利用しての受診分については、補助対象外となります。
<input type="checkbox"/>	表面の検診項目に記載のない検査方法は、補助対象外となります。
<input type="checkbox"/>	「東芝けんぼ総合健診」「事業所で実施のがん検診」を受診した場合、年度内に同一部位の補助金申請はできません。
<input type="checkbox"/>	会社で歯科健診のない方で、7都県（東京都・神奈川県・埼玉県・静岡県・愛知県・三重県・福岡県）の歯科医院で受診される場合は、補助金制度は利用できません。歯科医師会の歯科健診をご利用ください（立て替え払いなし）。詳しくは、東芝健保HPでご確認ください。

## ● 提出前に書類の確認をお願いします。

チェック	確認事項
<input type="checkbox"/>	領収書は原本ですか。
<input type="checkbox"/>	領収書の宛名は、受診者本人になっていますか。
<input type="checkbox"/>	領収書に受診項目や項目別単価の記載がありますか。 ない場合は、内容の分かる明細書等を添付ください（詳細が分からない場合、補助対象となりません）。
<input type="checkbox"/>	この用紙は一般被保険者（従業員）用です。被扶養者（家族）の申請は、別の用紙をご利用ください。
<input type="checkbox"/>	記載内容に不足はないですか。

## ■ 注意事項

①	東芝けんぼ総合健診、事業所で実施したがん検診項目は、年度内に重複しての補助金申請はできません。
②	事業所で実施または歯科医師会の歯科健診を受診した場合は、歯科健診の補助金申請はできません。
③	提出書類を審査の上、補助限度額内で実費をお支払いいたします。
④	本申請書に記載した個人情報並びに証明書類については、けんぼNETに掲載の利用目的以外には使用いたしません。

## ■ 提出先および支払日

	提出先	支払日
一般被保険者 （従業員）	受診者 → 一般被保険者（従業員） → 各事業所の健保担当者（※） → 東芝健保 ※東芝健保への直接提出は不可。（HAS）受託会社の方は （HAS）のホームページより送付先をご確認ください。	20日締め切り、翌月25日払い （給与併合払い）

## ■ 提出期限

健診結果が届いたら、速やかに申請書を提出してください。  
 ※年度（4月～翌年3月受診分）の締め切りは5月20日健保必着となりますのでご注意ください。