

【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（1. がん・生活習慣病検診、2. そのほかの検査）

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
A：A群 B：B群 C：C群 D：D群 E：E（除菌群） Z：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	<input type="checkbox"/> X線（バリウム）	40歳以上	14,300 円	50歳以上はどちらか一方 ・40歳未満は対象外 ・東芝けんぼ総合健診での内視鏡 自己負担3,300円は補助対象外 ・胃がんリスク検査との併用不可	1 2 3
		<input type="checkbox"/> 内視鏡	50歳以上			4 5 6
	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 例：20本×30年	1 2 3 4 5 6
	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	1 2 3 4 5 6
	乳がん ※どちらかにチェック	<input type="checkbox"/> マンモグラフィ	40歳以上	7,150 円	・40歳以上はどちらか一方 ・29歳以下は対象外 ・視触診との組み合わせ可 ・視触診単独実施は補助対象外	1 2 3
<input type="checkbox"/> 超音波		30歳以上	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	1 2 3 4 5 6	
生活習慣病	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	1 2 3 4 5 6	
	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	1 2 3 4 5 6	

2. そのほかの検査

骨密度		女性	3,300 円	・生涯1回のみ	円	1 2 3 4 5 6
胃がんリスク検査	ABC検診	35歳*	6,050 円	・生涯1回のみ ・胃がん検診との併用不可 *2025・26年度は35歳以上	円	A B C D E Z

3. 歯科健診

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

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。

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、のり付けて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"/>	保険診療で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"/>	会社で歯科健診の実施ない方で、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。
<input type="checkbox"/>	胃がん検診と胃がんリスク検査（ABC検診）の重複受診はできません。

● 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、【一般被扶養者・特退・任継用】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	同一年度において、同一項目（部位）の検査を複数回（2回以上）補助金申請することはできません。 （例：東芝けんぼ総合健診のオプションでマンモグラフィを受診し、乳腺エコー（超音波）を同時追加または別の医療機関で受診した場合、乳腺エコー（超音波）の費用は補助対象外です。）
②	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。
③	健診機関独自の人間ドックや検査項目の単価が出ないセット健診の項目は、補助対象外です。 （胃部X線検査から胃部内視鏡に変更した際の差額も同様）
④	東芝けんぼ総合健診の自己負担額12,000円は補助対象外です。 （胃部内視鏡受診時の追加個人負担3,300円も同様）
⑤	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。
⑥	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、東芝健保HPに掲載の利用目的以外には使用いたしません。
⑦	胃がんリスク検査（ABC検診）は、ABC群別判定が出ない場合は補助金申請対象外です。 （健診機関に事前に確認のうえ受診ください）

■ 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→ 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。