

【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													
1	0	0	1	2	3	4	5	6	7	東芝 太郎		☒ 男 ☐ 女	****年*月*日			
勤務先名										所属部署名						
株式会社〇〇〇										×××部						
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 東芝 太郎														

1. がん・生活習慣病検診

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

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	☐ 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	14,300 円	☒ 1	2	3
		☒ 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	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	1,900 円	☒ 2	3	
	乳がん ※どちらかにチェック	☐ マンモグラフィ ☐ 超音波	40歳以上 30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	円	1	2	3
生活 検診 習慣 病	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
	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・脾臓・脾臓・ 腎臓）を調べます	35歳以上	6,050 円		6,050 円	☒ 1	2	3

2. そのほかの検査

骨密度		女性	3,300 円	補助は生涯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（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
-------	-----	---	---	---