

【提出先】

■一般被扶養者（従業員の家族）：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
■特退・任継：受診者→東芝健保

（様式 2-4-1）

※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

【一般被扶養者・特退・任継用】
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

☐

①《被保険者情報記入欄》

※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		被保険者の勤務先名 （特退・任継の方は記入不要）
記号	番号			
1001234567		東芝 太郎		株式会社〇〇〇
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。 ※特退・任継の方は記入不要		
		西暦 **** 年 * 月 * 日 被保険者氏名 東芝 太郎		

②《受診者情報記入欄》

受診者氏名		続柄	性別	生年月日（西暦）											
東芝 花子		☐ 本人（被保険者）	☐ 男	*	*	*	*	年	*	*	月	*	*	日	
		☒ 家族（被扶養者）	☒ 女												
健診の種類		☒ 単独で受診（自治体の健診含む） ☐ パート・アルバイト先の健診（オプション含む）													
判定結果 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	☐ X線（バリウム）	40歳以上	14,300 円	14,300 円	1	2	3
	☒ 内視鏡	50歳以上					4	5
	肺がん	胸部X線	35歳以上	2,750 円	円	1	2	3
		喀痰細胞診	50歳以上 高危険群*	4,400 円	円	1	2	3
	大腸がん	便潜血	35歳以上	2,090 円	円	1	2	3
				・大腸カメラ検査は対象外		4	5	6
がん検診	乳がん ※どちらかにチェック	☒ マンモグラフィ	40歳以上	7,150 円	7,150 円	1	2	3
		☐ 超音波	30歳以上				4	5
	子宮頸がん	頸部細胞診	女性	5,500 円	5,000 円	1	2	3
				・頸部細胞診以外（経膈工コー、 体部細胞診等）は補助対象外		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	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	・生涯1回のみ	円	1	2	3
						4	5	6
乳児健診 保健指導	発育・栄養・疾病予防・育児相談等 （添付書類）母子手帳（お子様の氏名、健診日の記載のあるページ）のコピー	生後1年 未満の乳児	3,300 円	・1回のみ	円			
健康診断	身体計測・尿検査・血圧測定 血液検査・問診（他、医師の判断） （添付書類）「健診結果報告書」（様式2-12-1）・「問診票」（様式2-12-2）・健診結果のコピー	—	7,480 円	・未就学児、学校保健安全法の 対象は除く	円			

健保記入欄

受診日

年

月

日