

がん検診費用補助申請書 (2024年度)

健康保険証 記号・番号 (*健康保険証の上部に記載)	被保険者(従業員)氏名	職場(部署)名
<input type="text"/>	(フリガナ:)	(内線:)

受診者氏名〔続柄〕	受診日	受診費用(合計)
[] (生年月日: 年 月 日生)	年 月 日	円

受診したがん検診の種類
子宮・乳・大腸・胃・肺・その他()

領収証(コピー可・返却は不可)を添付 ホチキスでとめてください

健康保険 被保険者証	本人(被保険者) 記号 0 番号 00000	00000000 平成00年00月00日交付
氏名	ケンボ タロウ 健保 太郎	
生年月日	昭和 00年 00月 00日	性別 男
資格取得年月日	平成 00年 00月 00日	
事業所名称	〇〇〇〇〇〇〇〇	
保険者番号	<input type="text"/>	
保険者名称	<input type="text"/>	
保険者所在地	<input type="text"/>	
電話番号	<input type="text"/>	

提出期限
2025年4月4日(金)
必着

振込先口座
トヨタ自動車東日本の従業員 と そのご家族 給与振込み第1口座 役員、関連会社従業員、任意継続者 と そのご家族 健保組合への登録口座 【口座変更申請先】 ・役員、任意継続者は健保組合へ ・TMEJ及び関連会社従業員は各事業主へ

【補助の内容】

- 補助対象者
当健康保険組合の資格を有する者(被保険者および被扶養者)で100%自己負担で受けた方
- 対象期間と補助回数・金額
2024年4月～2025年3月の受診分について、5,000円を上限に1人1回/年
申請分のみ補助(多種受診した場合も1回にまとめて申請してください)
- 申請方法
上記に必要事項を記入し、領収書(コピー可)を添付して健康保険組合に提出
※領収証には「〇〇がん検診」の但し書きが必要です
- 補助の対象とならないもの
・健康保険証を使用した診療
・受診日に被保険者・被扶養者の資格がなくなっていた場合
・「家族健診」の「健保提携先健診コース」「巡回健診コース」のオプション費用
・上記以外、健康保険組合が承認できないもの
- 振込日
健康保険組合が申請書を受理した翌月
(但し、連休や年度末、申請書の内容確認によって異なる場合があります)

健康保険組合使用欄	
受付日印	
補助金額	円