

がん検診費用補助申請書 (2026年度)

↓記号・番号はマイナポータル、または資格確認書で確認できます

記号・番号	被保険者(従業員)氏名	職場(部署)名
□□ - □□□□□□	(フリガナ:)	(連絡先:)

受診者氏名〔続柄〕	受診日	支払金額(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()

領収書(コピー可・返却は不可)を添付
まとめて一ヶ所をホチキスでとめてください

***** 提出期限 *****
* * * * *
* 2027年4月9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】

1. 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
2. 対象期間と補助回数・金額
2026年4月～2027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)
3. 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
4. 補助の対象とならないもの
・保険適用で受診した場合
・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
5. 振込日
健康保険組合が申請書を受理した翌月20日
(但し、20日が土日祝の場合はその前日)

健康保険組合使用欄	
受付日印	
補助金額	円