

# 婦人科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	被保険者氏名（受診者）	職場（部署）名
<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	(フリガナ: )	(連絡先: )

受診したがん検診の種類	受診日	支払金額（合計）
子宮・乳・その他の婦人科	年 月 日	円

↙ 市区町村での受診も対象

↙ 複数回に分けての受診は最終日を記入

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（健保からお振込みします）

トヨタ自動車東日本の従業員 ..... 給与振込み第1口座  
関連会社従業員 ..... 健保組合への登録口座 } 口座変更の申請は事業主へ

## 【 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女性被保険者で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、10,000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
- ・受診日に被保険者の資格がなくなっていた場合
- ・婦人科がん検診ではないもの
- ・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