【宛先】トヨタ自動車東日本健康保険組合　行

がん検診費用補助申請書　（2025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
□□ ー □□□□□	（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 ＊＊＊＊
＊　　＊
＊ 2026年4月3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
   2025年4月～2026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

トヨタ自動車東日本健康保険組合