

令和8年度 健診の費用補助申請書 (がん検診・任意健診共通) 提出期限 令和9年3月31日

記入例
 用紙が足りない場合はコピーしてお使い下さい。
 領収書原本(コピー不可)を添付してください。領収書は返却しません。

健診受診者氏名	① がん検診	② その他の健診	③ 特定健診	
和歌山 県太郎	健診機関 △△病院	健診機関 △△病院	健診機関 △△病院	
生年月日 昭和38年4月7日(63歳)	受診日 令和8年8月8日	受診日 令和8年8月8日	受診日 令和8年8月8日	
被保険者証番号 12 345 00	以下の該当するところに○をつけてください。		健診に要した費用	
備考	受診したがん検診の種類	市町村の補助	①+② 35,000 円	
	<input checked="" type="checkbox"/> 胃がん(内視鏡) <input type="checkbox"/> 胃がん(X線)	有・無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		補助金額 ※組合記入
	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん	有・無		
	<input checked="" type="checkbox"/> 肺がん(X線) <input type="checkbox"/> 肺がん(喀痰)	有・無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		がん検診
	<input type="checkbox"/> 乳がん(X線)	有・無		
	<input type="checkbox"/> 大腸がん(便潜血検査)	有・無		任意健診
<input type="checkbox"/> その他のがん()	有・無			
健診受診者氏名	① がん検診	② その他の健診	③ 特定健診	
国保 花子	健診機関 △△病院	健診機関 △△病院	健診機関 △△病院	
生年月日 昭和57年5月7日(44歳)	受診日 令和8年8月12日	受診日 令和8年8月12日	受診日 令和8年8月12日	
被保険者証番号 32 345 00	以下の該当するところに○をつけてください。		健診に要した費用	
備考	受診したがん検診の種類	市町村の補助	①+② 12,000 円	
	<input type="checkbox"/> 胃がん(内視鏡) <input checked="" type="checkbox"/> 胃がん(X線)	有・無 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無		補助金額 ※組合記入
	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん	有・無		
	<input checked="" type="checkbox"/> 肺がん(X線) <input type="checkbox"/> 肺がん(喀痰)	有・無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		がん検診
	<input checked="" type="checkbox"/> 乳がん(X線)	有・無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	<input type="checkbox"/> 大腸がん(便潜血検査)	有・無		任意健診
<input type="checkbox"/> その他のがん()	有・無			

① 受診したがん検診の種類(保険適用でないもの)を記入してください。市町村の補助の有無を記入してください。
 市町村の補助が無い場合で、領収書にがんの種類・検査方法・単価の記載があり、年齢条件に該当する場合は、がん検診事業分の金額を加算して補助します。市町村の補助が有りの場合等で、がん検診事業の条件を満たさない場合は、①+②で任意健診の補助金額が上限となります。

② がん検診以外の健診(保険適用でないもの)を受診した場合はこちらにご記入ください。

③ 特定健診の対象者(40~74歳)は、特定健診を受診した機関、受診日をご記入ください。特定健診を受診していませんと、任意健診の費用補助を受けることができません。

紀陽 銀行	本店 支店	普通	ふりがな	わかやま けんたろう
口座番号	7 7 7 7 7 7	当座	口座名義人	和歌山 県太郎

上記のとおり、健康診断に要した費用に関する領収書を添付のうえ、申請いたします。

一種組合員 被保険者番号 全歯21 令和 8 年 8 月 31 日 (記入日)

住所 和歌山市大松原1丁目1-1 氏名 和歌山 県太郎 印

全国歯科医師国民健康保険組合 和歌山県支部長 殿 ※自署の場合 押印省略可

支給決定額 円 予防接種分の入金額 円 入金額 円 ※組合記入

後期高齢者の1種組合員は記入不要です。