

健 保 確 認 欄		
常務理事	事務長	担当者

令和7年度 大腸内視鏡検査・脳ドック検査 補助金支給申請書

太枠内をご記入ください。

年 月 日

大腸内視鏡検査 (30 歳以上) ・ 脳ドック検査 (40 歳以上)

被保険者証	記号		被保険者名				
	番号		連絡先	— —			
受 診 者 氏 名	家族区分	受 診 月 日	窓 口 負 担 額	支給通知書の郵送を希望される方のみ✓を記入			
	本人・家族	月 日	円	☐			
補助金額							円

補助金振込先（被保険者の給与口座をご記入ください。）

振 込 先	銀 行	名称	銀 行 信用金庫	支店名	支 店 営 業 所		
	信用金庫	口座 番号					
	ゆうちょ	記号	—	—	番号		
口座名義（カナ）							

* 必 ず お 読 み く だ さ い *

【条件】①から⑤の条件を全て満たす場合に申請できます。

- ① 令和7年4月1日から令和8年3月31日までに受診していること。
- ② 令和8年3月31日時点で対象の年齢であること。
- ③ 提出期日までに申請書・領収証（原本）・検査結果控えを提出していること。
- ④ （両検査とも）5年度内に一度の申請であること。（前回申請が令和2年度以前の方）
- ⑤ **費用を全額自己負担**し、領収証（原本）と検査結果控えを健保組合に提出できること。
（保険証を使わず検査を受け、検査費の10割を窓口支払いした場合のみ対象。）

【注意】

- ・ 補助金額は実費の7割、上限は30,000円（税込）です。
- ・ 検査結果の発行に要する時間は医療機関によって異なります。
提出期日（必着）を確認の上、検査日を調整してください。
※期間内に受診していても、提出期日までに申請ができない場合は支給対象外となります。
- ・ 以下の場合は申請書一式を返却させていただきます。
 1. フリクションボールペン等、消せるペンで記入された場合
 2. 上記の【条件】を満たさない申請と判断された場合
 3. 提出期限を過ぎてから申請書が健康保険組合に到着した場合

提出期日：令和8年3月31日 健康保険組合 必着