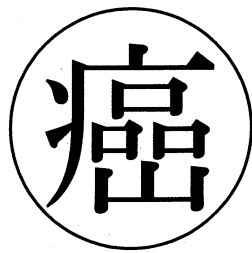


◎健康保険（治療等）にて実施した場合は組合補助金の対象外になります。



組合使用欄	常務理事	事務局長	部長	課長	係長	担当者
交付決定金額	¥					

胃 子 乳 前

(様式第1号)

申請する種目すべてに丸を付けてください。  
申請日：令和 年 月 日

東京都医業健康保険組合理事長殿

記号・番号	-
-------	---

〒 ( )

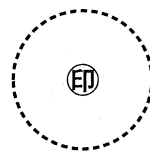
住所

※被保険者本人はこの用紙  
ではご申請できません。

被保険者名

日中のご連絡先

受診者名



※印鑑漏れ、記入漏れが無いかが確認ください。

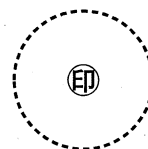
### 令和4年度 癌検診補助金交付申請書(被扶養者用)

癌検診を下記のとおり実施いたしましたので、補助金の交付を申請します。

実施年月	令和 年 月分	実施件数	件
------	---------	------	---

別添報告書のとおり実施したことを証明いたします。 令和 年 月 日

所在地  
実施医療機関名  
代表者名



※実施医療機関名は、病院名・クリニック名までご記入ください。 (ご担当者名：  
ご連絡先： )

費用 振込銀行	銀行情報	銀行 金庫 信組 農協	本店(所) 支店(所)	預金種別	普通・当座
	フリガナ	銀行コード	店番		
	口座名義				口座番号

(口座名義は金融機関への届け出の通りに記入してください。)

※ 補助金明細表をご記入の上、注意事項をお読みください。

## 補助金明細表

記号・番号	-
-------	---

※検査毎に、検査費用が補助金限度額を上回った場合は自己負担が発生し、下回った場合は実際にかかった費用のみのお支払いとなります。

補助金限度額	検査項目	実施件数	金額	組合記入欄
11,000円 ※申請は1人につき どちらか1項目	レントゲン	件	円	
	内視鏡	件	円	
5,500円	/	件	円	
6,600円 ※申請は1人につき どちらか1項目	マンモグラフィー	件	円	
	超音波	件	円	
3,300円	/	件	円	
合計		件	円	

### ～ 注 意 事 項 ～

1. 補助金の申請は年度につき1人1回です。また、各種目ごとに年齢の制限がございますのでご注意ください。(胃癌：25歳以上、子宮癌：20歳以上、乳癌：25歳以上、前立腺癌：50歳以上 ※すべて今年度の年齢)
2. 実施した月の翌月末までに提出してください。  
令和4年度の申請の提出最終締め切りは、令和5年4月7日組合必着です。  
～締め切り後の申請はできません。万一、間に合わない場合はご相談ください～

### ～補助金請求に必要なもの～

- ①癌検診補助金交付申請書
- ②補助金明細表
- ③各種癌検診実施結果報告書
- ④領収書の写し (医療機関に全額支払った場合)

※組合より配布したものについては、①と②は表裏一体となっております。

# 癌検診実施結果報告書

被保険者証の 記号・番号	—	氏名			
生年月日	昭平 年 月 日	年齢	歳	性別	男・女

結果区分・・・1. 所見なし 2. 略正常 3. 要観察  
4. 要再検 5. 要治療 6. 治療中

## 胃 癌 検 診 \*対象年齢・・・今年度25歳以上

検査年月日	方法	検査結果	診察所見
R . .	<input type="checkbox"/> レントゲン	1・2・3・4・5・6	
	<input type="checkbox"/> 内視鏡		

↑※実施方法に○を付けてください。

## 子 宮 癌 検 診 \*対象年齢・・・今年度20歳以上

検査年月日	検査結果	診察所見
R . .	1・2・3・4・5・6	

## 乳 癌 検 診 \*対象年齢・・・今年度25歳以上

検査年月日	方法	検査結果	診察所見
R . .	<input type="checkbox"/> マンモグラフィー	1・2・3・4・5・6	
	<input type="checkbox"/> 超音波		

↑※実施方法に○を付けてください。

## 前立腺癌検診 \*対象年齢・・・今年度50歳以上

検査年月日	PSA検査値	検査結果	診察所見
R . .		1・2・3・4・5・6	

□ご記入漏れなどがある場合は、お支払いまでにお時間をいただく場合がありますので、あらかじめご了承ください。