

◎健康保険（治療等）で実施した場合は助成対象外となります。

※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○をつけてください。

申請日：令和 年 月 日

東京都医業健康保険組合理事長 殿

5001 -

〒 (-)

[実施者区分]

住 所

本 人	家 族
-----	-----

被 保 険 者 名



↑該当する方に○をつけてください。

ご 連 絡 先

※本人・家族はまとめて申請できません

受 診 者 名

令和7年度 癌 検 診 補 助 金 交 付 申 請 書 （任継用）

癌検診を下記のとおり実施しましたので、補助金の交付を申請します。

実 施 年 月	令和 年 月分	総 実 施 件 数	件
---------	---------	-----------	---

別添報告書のとおり癌検診を実施したことを証明いたします。		令和 年 月 日
所 在 地	印	
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	金 融 機 関	銀行 金庫 信組 農協	本店(所) 支店(所)	預 種 金 別	普 通 ・ 当 座
	銀行コード	店番			
	フリガナ	口座名義			口 座 番 号

（口座名義は金融機関への届け出のとおりに記入してください。）

※実施した月の翌月末までに提出してください。

※令和7年度実施分の最終提出期限は、令和8年4月6日組合必着です。

～締め切り後の申請はできませんので、ご注意ください～

【提出先】〒160-0012 東京都新宿区南元町4番地 東京都医業健康保険組合・健康推進課

※押印漏れ、記入漏れがないかご確認ください。

補助金明細表

5001 —

※検査ごとに、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生じた費用のみをお支払いします。

種別	補助金限度額	検査項目	実施件数	金 額	組合記入欄
胃癌	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	
子宮癌	5,500円		件	円	
乳癌	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	件	円	
		超音波	件	円	
前立腺癌	3,300円		件	円	
合 計			件	円	

～注意事項～

※補助金の申請は、**年度につき1人1回**です。

※今年度途中に任意継続になられた方で、在職中に補助金を利用された場合は申請できません。

※検査ごとに補助金の対象となる年齢が異なりますのでご注意ください。

胃癌	今年度 25歳以上 の方
子宮癌	今年度 20歳以上 の女性
乳癌	今年度 25歳以上 の方
前立腺癌	今年度 50歳以上 の男性

～補助金申請に必要なもの～

- 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（※個人口座へ振込を希望される場合は、添付が必須です。）
- ※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

【検査結果区分】⇒ 1. 異常なし 2. 軽度異常 3. 要再検査・生活改善 4. 要精密検査・治療 5. 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 . .	☐	レントゲン	1・2・3・4・5	
	☐	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	

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 . .	☐	マンモグラフィ	1・2・3・4・5	
	☐	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	

■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。
あらかじめご了承ください。