

疾病予防事業補助金制度【健診補助金】

近隣に契約医療機関がない等の理由から、契約のない医療機関で健診費用を全額を支払って（10割負担）受診した場合、健保へ請求し補助を受けることができます。市区町村等の補助制度との併用はできません。

なお、振込日の指定は承ることができませんのでご注意ください。

★ 補助金請求に必要なもの

- ① 疾病予防事業補助金請求書
- ② 領収書（写し可。「レシート」や「クレジットのお客様控え」は不可）
 - * 領収書のあて名は受診者名もしくは当組合に届け出ている事業所名としてください。また、複数の健診を受診した場合は、その内訳がわかるものを添付してください。
 - * 保険診療扱いのものは対象外となります。
- ③ 健診結果（写）
 - * 判定・所見・検査数値等が記載されたもの。口頭による結果報告のみの場合は補助金請求ができません。
- ④ 総合健診利用書の原本
 - * ③がある場合は個人票（P3）の記入は不要です。なお、単科検診のみの請求時は不要です。
- ⑤ 海外で受診され、健診結果が外国語の場合は、日本語訳（要：翻訳者の氏名）を添付してください。

★補助金限度額

	健診名	必ずご負担いただく 一部負担金（消費税込）	対象者			補助金限度額 （消費税込）	備考
総合健診	定期健診	1,650 円	被保険者・被扶養者	35歳未満	男・女	9,680 円	
	生活習慣病健診	3,300 円	被保険者	35歳以上	男・女	23,650 円	
	生活習慣病女性健診※1	3,850 円	被保険者		女	33,000 円	マンモグラフィまたはエコー
	家族健診	1,650 円	被扶養者		男・女	25,300 円	乳がん・子宮頸がん検査なし
					女	34,650 円	マンモグラフィまたはエコー
	日帰り人間ドック※2	22,000 円	被保険者		男・女	33,000 円	乳がん・子宮頸がん検査なし
					女	42,350 円	マンモグラフィまたはエコー
		11,000 円	被扶養者		男・女	44,000 円	乳がん・子宮頸がん検査なし
					女	53,350 円	マンモグラフィまたはエコー
特定健診	—	40歳以上の被扶養者 40歳以上の任意継続被保険者 特例退職被保険者	男・女	7,150 円	基本項目		
				3,025 円	詳細項目（医師の判断により実施）		
単科検診*	子宮頸がん検診	550円	被保険者 被扶養者	20歳以上30歳未満	女	3,960 円	
	乳がん・子宮頸がん検診	1,100 円		30歳以上	女	9,350 円	マンモグラフィまたはエコー
	胃検診	1,100 円			男・女	13,200 円	
	骨粗しょう症検診	220 円			女	1,980 円	
	肝炎ウイルス検診	220 円			男・女	3,630 円	
	腹部超音波検査※3	550 円		35歳以上	男・女	5,280 円	
	前立腺がん検診	220 円		50歳以上	男	2,530 円	
	脳検診	11,000 円			男・女	20,000 円	

※1 生活習慣病女性健診で乳がん・子宮頸がん検査を実施しなかった場合は生活習慣病健診を実施したとみなします。

※2 入院人間ドックを受診した場合は、日帰り人間ドックの補助金限度額の範囲内で補助いたします。

※3 腹部超音波検査は、肝機能の経過観察または腹部超音波検査部位の治療を受けている方であっても、受診が可能です。

*受診医療機関で胃部X線検査を胃力メラへ変更した場合の差額費用は、自己負担となります。

*総合健診で受診済みまたは受診予定の検査内容を、重複して受診することはできません。

*組合の補助する単科検診が、受診した総合健診に含まれている場合、単科検診として別途請求することはできません。

例）人間ドックに前立腺がん検診が含まれており、セット料金であるため切り分けて精算できない場合等

令和7年度（対象期間：令和7年4月1日～令和8年3月31日）の健診補助金の請求締切は
令和8年4月10日（金）必着です。

〈問合せ先〉

〒110-0015

東京都台東区東上野1-27-2

東葉健保 健康開発センター 健診部 予防課

☎ 03（3833）3272

【請求書送付先】〒110

―

東京都台東区東上野1丁目27番2号 東葉健保健康開発センター

疾病予防事業補助金

係

☎03(3833)3272

疾病予防事業
補助金請求書

―申請の詳細については当組合ホームページ等をご覧ください。―

ご請求の際は、①疾病予防事業補助金請求書 ②領収書（写し可） ③健診結果（写） ④総合健診利用書の原本（単科検診は不要）が必要です。

健康保険	記 号	番 号	請求者名 ―被保険者または受診者―
事業所名 ―任意継続被保険者・特例退職被保険者は記入不要―			連絡先 ―日中連絡が取れる―
			☎ ()
振込通知書送付先住所（日本国内）―被保険者または受診者住所―			〒 _____

医療機関所在地	医 療 機 関 名	健診区分	
都・道 府・県		一次健診・二次検査 (該当に○)	
受 診 者 名	健 診 種 別	健 診 受 診 日	健 診 費 用
		令和 年 月 日	円
		令和 年 月 日	円
		令和 年 月 日	円

*総合健診のほかに単科検診を受診し請求する場合は、健診種別とその健診にかかる費用（領収額）をご記入ください。

*令和7年度の健診補助金の請求締切は令和8年4月10日（金）必着です。

振込先金融機関（日本国内に支店がある金融機関に限る。）

金 融 機 関	銀行コード		支 店	店番号	
	銀行・農協 信金・信組			支店	
口座種類	普通 ・ 当座 (該当に○)			口座名義	
口座番号				必ずカタカナで ご記入ください	

*ゆうちょ銀行の場合は、通帳の表紙をめくった見開きページの銀行振込用の受取口座をご記入ください。
なお、キャッシュカードの場合は、記載されている記号・番号をゆうちょ銀行ホームページの「記号番号から振込用の店名・預金種目・口座番号を調べる」で確認し、記入してください。
*口座名義がアルファベット表記の場合は、カタカナの記入はしないでください。

委任状 *補助金の受領を請求者以外に委任する場合は必ず「委任状」欄を記入し、押印してください(家族の場合も必要です)。

本請求に基づく疾病予防事業補助金に関する受領を代理人に委任します。

請求者氏名 _____ 印

代理人氏名 _____ 令和 年 月 日

領 収 書 貼 付 用 紙

※領収書は重ならないように貼付し、領収書の枚数に応じて貼付用紙はコピーしてお使いください。

の

り

し

ろ

疾病予防事業補助金請求書用

※必ず「のりしろ」上にのり付けし、はがれないようにお願いいたします。