

2026 年度 自治体(市区町村)がん検診 補助金支給申請書

自治体がん検診を受診しましたので、下記のとおり申請いたします。

申請日： 年 月 日

被保険者証記号・番号	—		生年月日	年	月	日
			年齢	歳		
申請者名 (フリガナ) ※被扶養者欄は、扶養者の申請がある場合に記入	被保険者名	※被扶養者名	日中連絡が取れる連絡先☎			
		※				
		※				
事業所名 (任意継続被保険者は記載不要)						

≪ 検査内容記入欄 ≫

受診日	検査種類	受診者	市区町村	自己負担額
①	<input type="checkbox"/> 胃がん <input type="checkbox"/> 大腸がん <input type="checkbox"/> 肺がん <input type="checkbox"/> 乳がん <input type="checkbox"/> 子宮頸がん	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者		円
②	<input type="checkbox"/> 胃がん <input type="checkbox"/> 大腸がん <input type="checkbox"/> 肺がん <input type="checkbox"/> 乳がん <input type="checkbox"/> 子宮頸がん	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者		円
③	<input type="checkbox"/> 胃がん <input type="checkbox"/> 大腸がん <input type="checkbox"/> 肺がん <input type="checkbox"/> 乳がん <input type="checkbox"/> 子宮頸がん	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者		円
④	<input type="checkbox"/> 胃がん <input type="checkbox"/> 大腸がん <input type="checkbox"/> 肺がん <input type="checkbox"/> 乳がん <input type="checkbox"/> 子宮頸がん	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者		円
⑤	<input type="checkbox"/> 胃がん <input type="checkbox"/> 大腸がん <input type="checkbox"/> 肺がん <input type="checkbox"/> 乳がん <input type="checkbox"/> 子宮頸がん	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者		円
⑥	<input type="checkbox"/> 胃がん <input type="checkbox"/> 大腸がん <input type="checkbox"/> 肺がん <input type="checkbox"/> 乳がん <input type="checkbox"/> 子宮頸がん	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者		円
⑦	<input type="checkbox"/> 胃がん <input type="checkbox"/> 大腸がん <input type="checkbox"/> 肺がん <input type="checkbox"/> 乳がん <input type="checkbox"/> 子宮頸がん	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者		円
自己負担額の合計額				円

自治体がん検診補助金の受領を事業主に委任することに同意します。

※給与振込口座への振り込みとなるため、チェックがないと支給できません

また、任意継続被保険者以外の方で、申請書を提出後に当保険組合を脱退する場合は、別途入金先をお知らせください。

◇記入上の注意

- ①補助金額：被保険者と被扶養者を合算して5千円を上限に実費支給となります。
- ②対象となる検診：居住地(住民票のある)の自治体を実施している以下のがん検診
胃がん、大腸がん、肺がん、乳がん、子宮頸がん
- ③対象者：当健康保険組合に加入の被保険者、被扶養者、任意継続被保険者（2026年度から対象となりました）
自治体の検診対象者となっている方で、検診受診日から申請書提出日(健康保険組合受領日)に在籍している方
- ④受診期間：2026年4月1日(水)～2027年3月31日(水)
- ⑤提出期限：**2027年4月2日(金)**（オリエンタルランド健康保険組合必着）
1年分をまとめて年度内1回のみ申請可(被扶養者分のみ申請可/被保険者が申請してください)
- ⑥提出書類：a.自治体(市区町村)がん検診補助金支給申請書
b.領収書の原本(検診種類(項目)および自己負担額が確認できること)
c.自治体の検診であることが確認できるもの(自治体からの検診案内等)
※領収書に「〇〇市がん検診」等記載があれば提出は不要です。
※提出いただきました書類の返却は行いません。必要な場合は写しをお取りください。

≪オリエンタルランド健康保険組合記入欄≫

常務理事	事務長	担当	担当	補助金額
				円

支払日	受付日