

2025年度

## がん検診 補助金申請書

定期健診・健保健診者用

## 注意事項（必ずお読みください）

- ※補助金制度は胃がん検診・乳がん検診・子宮がん検診のみ  
※大腸がん検診は補助金制度なし  
※各がん検診の対象条件外または対象年齢外は申請不可  
※保険証使用による申請不可  
※上記申請不可条件による申請は受付不可、全額自己負担

- ※就業時間外受診、交通費自己負担  
※補助上限額を超えた額や、がん検診費以外（郵送料・文書料）は自己負担  
※申請は期間中1回まで（まとめて申請）  
※本申請書は定期健康診断対象者または健保健診対象者に限る

## 太枠内記入

\*下欄【個人情報の取扱いについて】をお読みください。申請者氏名欄の署名をもって同意とします。

申請する検診	<input type="checkbox"/> 胃 <input type="checkbox"/> 乳 <input type="checkbox"/> 子宮	記入日	2025 年 月 日			
(フリガナ)		社員番号 (8ケタ)				
申請者氏名* (被保険者)		会社名				
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成	電話番号 (日中の連絡先)	- -			
年齢	2026年 3月 31日 時点 歳	保険証No.	記号	番号		
振込口座番号 (右詰め記入)	※カタカナでご記入ください		口座種別	普通 [ ]		
振込口座名 ※被保険者名義			銀行名			
			支店名			
胃	バリウム：40歳以上 カメラ：35歳/40歳以上 偶数歳 ...¥13,000まで	検診料	¥	申請額(①)	¥	合計申請額 (①+②+③) ¥
乳	30代・50代以上...¥6,000まで 40代.....¥10,000まで	検診料	¥	申請額(②)	¥	
子宮	20代以上 偶数歳...¥5,000まで	検診料	¥	申請額(③)	¥	

## ✓ 提出前チェック（不備があれば補助金は支払われませんのでご注意ください）

- 定期健診または健保健診対象者ですか？（雇入時健診者は別紙）  
 申請書の記載漏れはありませんか？  
 2024/12/31かつ受診日にワールド健康保険組合に加入していますか？  
 申請する検診の対象年齢に当てはまりますか？  
 申請する検診は定期健診（健保健診）で受診（併用）していませんか？  
 申請する検診は2025/1/1～12/25の期間に受診していますか？
- 申請する検診は保険証を使用せずに受診されたものですか？  
 領収証（明細書）の原本と結果のコピーを同封していますか？  
 領収証（明細書）にがん検診名（検査内容）が記載されていますか？  
 領収証（明細書）に各検診ごとの費用内訳が記載されていますか？  
 結果に判定（異常なし/要経過観察/要再検査/要精密検査）を記載しましたか？

※領収証は裏面に添付

送付先	〒650-0046 神戸市中央区港島中町6-8-1 ワールド健康保険組合 保健師宛
-----	---

締切	2025年 12月25日 必着
----	-----------------------

問合せ	<a href="https://forms.gle/HDrfzDrZJKoZySTA8">https://forms.gle/HDrfzDrZJKoZySTA8</a> (Googleブラウザで開いてください)	
-----	---	--

## 【個人情報の取扱いについて】 下記事項に同意の上、ご利用ください。

- 当補助金制度における個人情報は、当組合の個人情報保護方針（<http://www.world-kenpo.com/>）に基づき、安全かつ厳密に管理します。
- 取得した個人情報は、受診資格確認、補助金支払い処理、事務連絡、検診結果一元管理、受診勧奨通知、統計処理や分析、国へのデータ報告の目的で利用します。
- 上記2以外の目的で個人情報を利用することや、第三者提供を行うことは一切ありません。
- 検診結果データの入力及び集計は、当組合と個人情報保護の契約を締結した業者に委託することがあります。
- 補助金申請書類の提出は任意ですが、個人情報の取扱いに同意しない場合は申請できませんのでご了承ください。
- 個人情報について、本人による利用目的の通知、開示、訂正、追加、削除、利用停止、消去又は第三者への提供の停止を求めることができます。個人情報相談窓口にお申し出ください。
- 個人情報の取扱いについての問い合わせ・開示等の請求先 個人情報保護管理者：ワールド健康保険組合 常務理事 / 個人情報相談窓口：TEL 078-302-8185

健保 記入欄	資格	対象	年齢	保険証	支給額	常務理事	事務長	担当者	経理
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 胃 <input type="checkbox"/> 乳 <input type="checkbox"/> 子宮	<input type="checkbox"/> 20代 <input type="checkbox"/> 30代 <input type="checkbox"/> 40代 <input type="checkbox"/> 50代 ≤	偶数歳 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 不使用	¥				