

人間ドック・がん検診費用助成のご案内（40歳以上）

本年度も人間ドック及びがん検診費用助成事業を実施します。ぜひご利用ください。

- ◆対象者 40歳～74歳の被保険者（4月1日時点で組合加入者）
- ◆費用補助額 1人 10,000円（1万円未満は実費補助）※1.人間ドック、2.がん検診のいずれかを選択
- ◆受診方法 ご自身でご希望の医療機関へお問い合わせ・ご予約の上、受診願います。
- ◆申請方法 受診後、下記の「費用助成申請書」に必要事項をご記入の上、添付書類と一緒に組合へご郵送ください。
- ◆申請受付期限 令和8年2月末日

区分		申請書に添付する書類および注意事項	
1	人間ドック	添付書類	領収書原本、検査結果表（写し）、特定健診受診券、質問票（※1）
		注意事項	<ul style="list-style-type: none">・特定健診との併用はできません。・質問票（※1）は組合ホームページにてダウンロード、または組合へお電話にてご請求ください。
2	がん検診	添付書類	領収書原本、がん検診および特定健診の検査結果表（写し）
	（胃がん、大腸がん、肺がん、前立腺がん、子宮がん、乳がん）	注意事項	<ul style="list-style-type: none">・特定健診を受けた方に助成します。（がん検診のみは補助対象となりません。）・がん検診の項目は左記のうち、複数受診可能（助成上限は1万円）です。 ※保険診療による検査（保険内検査）は対象外です。 ※腹部超音波、腫瘍マーカー、線虫等検査は対象外です。

【申請受付期限 令和8年2月末日】
※提出期限厳守

お問い合わせ 長崎県薬剤師国民健康保険組合
TEL 0956-25-8777
FAX 0956-24-5430

キリトリ

人間ドック・がん検診費用助成申請書

【申請受付期限 令和8年2月末日】

被保険者証 記号・番号	崎薬－	受診者氏名			
		日中の連絡先	TEL	－	－

希望 振込先	銀行	本・支店名		口座番号	
		種別	1.普通 2.当座	フリガナ	
				口座名義	

◆助成希望（1.2.のいずれか選択）

1.人間ドック

人間ドック領収書原本

検査結果表(写し)

特定健診受診券

質問票（※1）（回答済みのもの）

2.がん検診

がん検診領収書原本

がん検診結果表(写し)

特定健診結果表(写し)

（※1）組合ホームページにてダウンロードまたは組合へお電話にてご請求ください。

※添付書類等（すべて必須） 提出前に必ずご確認ください。