

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	・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 （胃がん、大腸がん、肺がん、前立腺がん、子宮がん、乳がん）	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）
		注意事項	・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
T E L 0956-25-8777
F A X 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	崎薬ー	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	フリガナ
		1.普通 2.当座	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。