

提出先：被保険者・被扶養者→ニチレイ健康保険組合

申請日 年 月 日

健保記入欄	支給額（補助金額）
円	

受付印

がん検診精密検査費用補助金申請書

被保険者証	記号 番号	社員番号	氏名
会社名/所属部署名			連絡先（TEL）
受診者氏名 ※上記と同じ場合不要	続柄		被保険者本人・被扶養者（家族）
検査項目名（必須）			
受診医療機関名			
精密検査受診日	支払金額（領収書の金額）	円	

※申請にあたって下記注意事項を必ずお読みの上、領収書本票を添付して提出願います。

提出の注意事項兼 領収書貼りつけスペース

- 申請対象となる健康診断等（2024年4月～2025年1月までの健診受診に限る）
 - 会社健康診断時のがん検診（大腸、乳がん、ピロリ菌、前立腺等）
 - 人間ドックのオプション検査におけるがん検診
 - 単独がん検診
 - 居住の市区町村等で受診したがん検診
- 申請対象者
ニチレイ健康保険組合の被保険者・被扶養者 ※但し精密検査を受診時点でニチレイ健保組合加入者である事
- 申請対象となる健診項目
 - 健康診断結果で要治療（D判定）となった項目
 - 人間ドック・単独がん検診・市区町村のがん検診等では要精密検査となった項目
- 申請書類
 - がん検診精密検査補助金申請書
 - 健診結果総合表（総合表で判別ができない場合は項目表もつけてください）
 - 医療機関の領収書
※領収書からがん精密検査関連費用等のみを健保組合で確認して支給します。
処方箋料、治療・手術費用、保険外診療は含まれていても補助できません。
領収書の額面額全額が支給されるとは限りませんのでご了承ください。
- 申請方法
申請書、健診結果、領収書を取り纏めてメール添付（下記アドレス）、もしくは郵送でお送りください。
メールの場合は領収書に読めない部分が無いようPDFもしくは写真添付をお願いします
- 申請締切 2025年3月14日必着
- 問い合わせ・申請先 健保組合共有メールアドレス n5500x032@nichirei.co.jp
電話番号 03-3248-2107