

被保険者 生活習慣病健診・節目健診・乳がん検診/子宮がん検診 補助金申請書

三菱健康保険組合 御中

2027年1月10日

記号 8900 事業所名 〇〇株式会社

事業主名 〇〇 △△

※太枠内に入力すると申請額が自動で入力されます

申請項目	受診月	受診費用	受診日(西暦)	①人数	②受診費用総額【税込】(円)	補助金申請額(円)
生活習慣病健診 ※35歳以上  ※節目健診申請者以外 ※【2026年1月～3月受診分】 補助額は2万円(受診費用が2万円に 満たない場合、受診費用を補助) 【2026年4月～12月受診分】 補助額は2万2千円(受診費用が2万 2千円に満たない場合、受診費用を補助)	2026年 1月～3月 受診分	20,000円 以上	2026年 1月～ 2026年 3月	5	160,000	①×20,000円 100,000円
		20,000円 未満	2026年 1月～ 2026年 3月	3	57,300	②と同額 57,300円
	2026年 4月～12月 受診分	22,000円 以上	2026年 4月～ 2026年 10月	14	469,000	①×22,000円 308,000円
		22,000円 未満	2026年 4月～ 2026年 10月	3	59,800	②と同額 59,800円
	生活習慣病健診 合計				25	746,100
節目健診 ※40・45・50・55・60歳  ※追加検査ありに限る ※【2026年1月～3月受診分】 受診費用が2万円を超えること (2万円以下は生活習慣病健 診にて申請) 【2026年4月～12月受診分】 受診費用が2万2千円を超えること 2万2千円以下は生活習慣病 健診にて申請)	2026年 1月～3月 受診分	30,000円 以上	2026年 1月～ 2026年 3月	2	70,000	①×30,000円 60,000円
		20,001円～ 30,000円 未満	2026年 1月～ 2026年 3月	1	28,500	②と同額 28,500円
	2026年 4月～12月 受診分	32,000円 以上	2026年 4月～ 2026年 10月	3	114,000	①×32,000円 96,000円
		22,001円～ 32,000円 未満	2026年 4月～ 2026年 10月	2	60,000	②と同額 60,000円
	節目健診 合計				8	272,500
乳がん検診 ※35歳以上  ※生活習慣病健診受診済に限る ※1～3月受診分・4～12月受診分 を合算	2026年 1月～12月 受診分	4,000円 以上	2026年 1月～ 2026年 10月	6	25,700	①×4,000円 24,000円
		4,000円 未満	2026年 1月～ 2026年 10月	4	12,500	②と同額 12,500円
	乳がん検診 合計				10	38,200
子宮がん検診 ※年齢制限なし	2026年 1月～12月 受診分	4,000円 以上	2026年 1月～ 2026年 10月	7	39,600	①×4,000円 28,000円
		4,000円 未満	2026年 1月～ 2026年 10月	4	13,950	②と同額 13,950円
	子宮がん検診 合計				11	53,550
補助金申請額 総合計						848,050円

《添付書類》本申請書に以下を添付してください。

- 「被保険者健診の補助金申請に関する確認票」(組合指定様式) ※様式変更あり
- 「生活習慣病健診・節目健診・乳がん検診 受診者リスト※」(組合指定様式)

※「R8年度申請限定」※

生活習慣病健診・節目健診の受診月により、2種類のリスト(【2026年1月～3月受診分】・【2026年4月～12月受診分】)があります。

- 「被保険者 子宮がん検診 受診者リスト」(組合指定様式)
- 領収書原本

[注意事項] 申請書を提出する前に必ずお読みください。

- 添付書類 (1) 「被保険者健診の補助金申請に関する確認票」について  
本票の提出をもって、<組合指定項目>の受診や健診(検診)費用の証明としています。必ず内容の確認及び必要事項の記入をお願いいたします。
- 健診結果データの提出について  
補助金申請期間(1月中)にかかわらず、健診受診後すぐにご提出ください。申請時点で提出済であることを申請条件としています。
- 申請期間  
1月5日～1月末日