

# 2026年度 住民検診補助金申請書

受付No.

受診期間：2026年4月1日～2027年3月31日 申請期間：2026年4月21日～2027年4月9日（当組合必着）

補助項目は下記の通りです。枠内に記載の無い住民検診は補助の対象となりません。

- ① 胃がん検診【胃部X線(バリウム)、胃カメラ(内視鏡)、ペプシノゲン、ピロリ菌】
- ② 肺がん検診【胸部X線、喀痰細胞診】
- ③ 大腸がん検診【便潜血検査】
- ④ 子宮頸がん検診【子宮頸部細胞診、HPV】
- ⑤ 乳がん検診【マンモグラフィー、乳腺エコー】
- ⑥ 前立腺がん検診【血液検査(PSA)】

## 1. 受診者情報

被保険者等	記号	番号	枝番	連絡先	※昼間必ずつながる番号		
フリガナ	(姓)	(名)	生年月日	(西暦)	年	月	日
氏名			年齢	歳	性別	1.男・2.女	続柄

## 2. 被保険者情報

フリガナ	(姓)	(名)	連絡先	※昼間必ずつながる番号(川重内線可)		
氏名						

## 3. 補助金支給先 (注意) 振込先に誤りがあれば補助金は支給できません。

記号が**801・802・803以外**→被保険者(従業員本人)の口座を記入してください ※ゆうちょ銀行不可

銀行名	1.銀行 2.信金 3.農協 4.労金	支店名	1.支店 2.本店 3.出張所
口座番号		口座名義 (カタカナ)	←被保険者 (従業員本人)名義

## 4. 住民検診結果 補助金を申請する場合、受診した結果を必ず記入してください。

※受診結果が出るまでに時間がかかる場合がありますので早めに受診ください。

	受診項目に必ず☑をいれてください!	受診日	結果	判定結果(数字を入力)
胃がん	<input type="checkbox"/> 胃部X線 <input type="checkbox"/> 胃内視鏡 <input type="checkbox"/> ハ <sup>o</sup> プ <sup>o</sup> シ <sup>o</sup> ガ <sup>o</sup> ン <input type="checkbox"/> ピ <sup>o</sup> ロ <sup>o</sup> リ <sup>o</sup> 菌	202 年 月 日		異常なし…1
肺がん	<input type="checkbox"/> 胸部X線 <input type="checkbox"/> 喀痰細胞診	202 年 月 日		軽度異常…2
大腸がん	<input type="checkbox"/> 便潜血	202 年 月 日		経過観察…3
子宮がん	<input type="checkbox"/> 子宮頸部細胞診 <input type="checkbox"/> HPV	202 年 月 日		要再検査…4A
乳がん	<input type="checkbox"/> マンモグラフィー <input type="checkbox"/> 超音波(IC-)	202 年 月 日		要精密検査…4B } ※
前立腺がん	<input type="checkbox"/> PSA	202 年 月 日		治療中…5

各種がん検診の受診有無と判定結果については、事業評価・施策検討のため事業主と共有することがあります。

※判定が「要再検査・要精密検査」の場合は「4」と記入

## 注意事項

- 被保険者等の記号が801・802・803以外の方は補助金支給先の記入が必要です。記入していますか？  
※801・802・803の方は給与に含めて支給されます。詳細は川重グループ給与センターにお問い合わせください。
- 検診補助を受けるには**結果の記入**が必要です。結果を記入しましたか？

申請は1人につき1年度1回限りです。複数の検診を受ける場合は、1年度分まとめて申請してください。  
なお、原則一度提出された申請書類の返却はいたしません。(年度内2回目以降の申請は受付不可)

※以下 当組合使用欄 (記入しないでください)

胃	円	肺	円	大腸	円	子宮	円	乳	円	前立腺	円
---	---	---	---	----	---	----	---	---	---	-----	---

申請書送付先・問合せ先  
(社内メール便・郵送OK)

〒650-8680 神戸市中央区東川崎町1-1-3 神戸クリスタルタワー  
川崎重工業健康保険組合 健康管理課  
TEL: 078-360-8617

※なお、被保険者等の記号が801・802・803の方の支給に関するお問い合わせは、川重グループ給与センターにお願いします。