

2025年度 検診補助金申請書

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)

申請できる検診は5項目

1

人間ドックの追加検診

当組合補助を使って受診した人間ドックの追加検診費用

2

脳ドック

脳ドック(脳MRIまたは脳MRAを含む脳検査)の費用

3

子宮がん検診(子宮頸がん検診)

医師採取による子宮頸部細胞診を含む検診の費用
※体部細胞診・子宮エコー・HPVのみを別日で受診された
場合の検診費用は、補助対象外

4

乳がん検診

マンモグラフィー・乳房エコーのいずれかを含む検診の費用

5

住民検診

地方自治体(市区町村)から補助があるがん検診など

費用の**60%**を補助

上限25,000円(100円未満切上)

実費を補助

上限5,000円

実費を補助

上限10,000円

全額補助

注意

全額自費で検診を受けてください。

申請の対象ではない項目や、マイナ保険証等を使用した(保険診療扱い)場合は、補助対象外となります。

補助の詳細については、当組合HPを必ずご確認ください。

・子宮がん検診・乳がん検診の補助金申請には、「領収書」と「検診結果の記入」が必要です。

両方揃っていることで、補助が受けられます。

検診結果が出るまでに1か月以上かかる場合もありますので、申請期限までに全て揃うよう、早めに受診してください。

・「国内の医療機関で受診した検診」に限り申請いただけます。

当健保HP



添付するのは領収書(原本)と明細書

【見本】

領収書 2025年5月1日

かわさき かわめ 様

11,000 円

子宮頸がん検診 4,000円

マンモグラフィー 3,500円 乳房エコー 3,500円

〇〇クリニック 印

● 受診者氏名

● 各検診項目と費用

● 受診日

● 医療機関名と印

(押印廃止となっている医療機関については、
医療機関印がなくても可。)

上記項目が、領収書に記載されていることをご確認ください。
(検診項目は別紙明細でも可。一緒に提出してください。)

子宮がん検診・乳がん検診は結果を記入してください。
(裏面参照) なお紙の検診結果の提出は不要です。

締切 毎月20日締切(当組合到着分)

補助金支給日

〈被保険者等の記号が801・802・803の方〉

締切の翌々月給与に含めて支給予定※

〈それ以外の方〉

締切の翌月末日支給

入金状況は各人でご確認ください。

補助対象者 受診日に当組合の資格がある方

受診期間 2025年4月 1日～2026年3月31日

申請期間 2025年4月21日～2026年4月10日
(当組合必着)

※支給内容について川重グループ給与センターと共有されることを了承のうえ、申請してください。また支給についてのお問い合わせは、川重グループ給与センターをお願いします。

2025年度 検診補助金申請書

受診期間 2025年4月1日～2026年3月31日 申請期間 2025年4月21日～2026年4月10日 (当組合必着)

注意事項

- 裏面の説明を確認しましたか？
- 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。
- 補助金の支給は各検診各項目ともに、1人につき1年度1回限りです。重複はありませんか？
- 子宮がん・乳がん検診については**結果の記入**が必要です。結果を記入しましたか？

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

4. 子宮がん検診・乳がん検診結果 (住民検診で受診された場合も記載ください)

子宮がん検診・乳がん検診の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。**

※医療機関から発行された紙の検診結果の提出は不要です。

●該当する箇所に☑をいれてください。

受診項目	受診日	結果
子宮がん <input type="checkbox"/> 子宮頸がん	202 年 月 日	<input type="checkbox"/> 0. 治療継続 <input type="checkbox"/> 1. 異常なし <input type="checkbox"/> 2. 要経過観察 <input type="checkbox"/> 3. 要再検査・精密検査
乳がん <input type="checkbox"/> マンモグラフィー <input type="checkbox"/> 乳房エコー	202 年 月 日	<input type="checkbox"/> 0. 治療継続 <input type="checkbox"/> 1. 異常なし <input type="checkbox"/> 2. 要経過観察 <input type="checkbox"/> 3. 要再検査・精密検査
	202 年 月 日	<input type="checkbox"/> 0. 治療継続 <input type="checkbox"/> 1. 異常なし <input type="checkbox"/> 2. 要経過観察 <input type="checkbox"/> 3. 要再検査・精密検査

※以下 当組合使用欄 (記入しないでください)

①追加	領収書金額	補助決定額	③④ 子宮・乳	領収書金額	補助決定額
	円	円		円	円
②脳	領収書金額	補助決定額	⑤住民	補助決定額(子宮・乳)	補助決定額(その他)
	円	円		円	円

子宮がん・乳がん検診の結果は忘れずに記入していますか??

子宮 乳
両方

申請書送付先・問合せ先

〒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 社内メール便・郵送どちらでもOK

TEL : 078-360-8617

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