

令和 8 年 4 月 1 日

日本飛行機健康保険組合

胃がん検診補助金申請について

対象者	被保険者・被扶養者 市区町村が実施する自治体がん検診に該当しない年齢(若年層等)の方 遠隔地勤務者で自治体がん検診を受けることが難しい方等
申請対象	胃部 X 線検診(バリウム検査) 会社での集団検診は除く 内視鏡検査は対象外 ◆指定医療機関なし 外部医療機関にご自身で申し込み
検診期間	<u>令和 8 年 4 月 1 日から令和 8 年 12 月 31 日</u>
申請期限	令和 9 年 2 月 28 日
補助金額	1 名につき上限 5,000 円 費用が上限未満の場合はその実費額
補助回数	対象者 1 人につき年度内 1 回限り
申請方法	「胃がん・乳がん検診・歯科健診受診補助 申請書」に記入 領収証(原本)と検診結果コピーを添えて日飛健保に提出
振込先	被保険者の給付金/旅費等の振込口座(みずほ銀行) ◆ 申請書が日飛健保に到着後、当月末または翌月末に振込み

◆注意◆

自治体(市区町村)が実施する、自治体(市区町村)がん検診に該当する方は原則この補助金制度はご利用できません。

【領収書 必須記入項目】

- ① 検診を受けた方の個人名(フルネーム)
- ② 検診内容「胃部 X 線検診(バリウム検査)」の項目がわかること
領収書に項目の記載がない場合、健診結果で確認できれば可
- ③ 検診年月日
- ④ 医療機関名、住所等
- ⑤ 発行元の領収印、又は担当者印(朱印)
- ⑥ 医療機関で支払った金額

【お知らせ】

PepUp ペップアップでの Web 申請のみになります。PepUp の登録をお願いいたします。