

令和 6 年 4 月 1 日
日本飛行機健康保険組合

乳がん検診補助金申請について

対象者	被保険者・被扶養者
申請対象	視触診・乳房超音波検査(エコー)・乳房 X 線検査(マンモグラフィー) のうち受けた検査の総合計金額 ◆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	令和 6 年 4 月 1 日から令和 6 年 12 月 31 日
申請期限	令和 7 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「視触診・乳房超音波検査(エコー)・乳房 X 線検査(マンモグラフィー)」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)
- ⑤ 医療機関で支払った金額

【お知らせ】2025 年(R7 年)からは PepUp ペップアップ[®]での Web 申請のみになります。
今後、その他の補助金申請等も紙から Web へ移行します。PepUp の登録をお願いいたします。