

胃内視鏡検査費用補助金支給申請書

○ 申請者兼補助金振込先(組合員本人に限ります。)

年 月 日 提出

記号番号	71 — — — — —	組合員氏名 (口座名義人)	フリガナ
自宅住所	〒 — — — — —		
連絡先電話番号	( ) — — — — —	(平日の日中連絡の取れる電話番号を記入してください。)	
金融機関名	支店名	預金種類	口座番号 (右づめでご記入ください。)
フリガナ 銀行・信用金庫 信用組合・農協 労働金庫	フリガナ 支店 (出張所)	1 普通	
金融機関コード	支店コード		

※「ゆうちょ銀行」を指定する場合は、通帳を確認のうえ『店名(漢数字3桁)・預金種目・口座番号(7桁)』を記入してください。

○ 申請内訳

受検者氏名	フリガナ			
生年月日	年 月 日 ( 歳 )	※年度末年齢とは、検査を受けた年度の末日までに迎える誕生日により到達する年齢となります。 ※前年度(偶数年齢時)補助を受けている場合は補助の対象になりません。		
検査内容	対象年齢	検査年月日	支払金額	支給決定額 (組合処理額)
胃内視鏡検査	50歳以上の 偶数年齢	年 月 日		

○領収書についての注意事項及び貼付欄

<p><b>ご提出前に、もう一度送付書類のチェック☑をお願いします。</b></p> <p><input type="checkbox"/> 申請者・補助金振込先口座の名義人は組合員です。</p> <p><input type="checkbox"/> 領収書(写可)に受検者の氏名(フルネーム)が記載されています。</p> <p><input type="checkbox"/> 領収書(または明細書)に検査名(胃内視鏡検査)が記載されています。</p> <p><input type="checkbox"/> 検査費用は、被保険者証を使用した「保険診療」ではありません。</p>
---

## ○注意事項

- 1 補助額は、下記の「補助対象」に該当する組合員及び組合員の世帯に属する被保険者1人につき、年度内1回、**3,000円**を限度とします。
- 2 この申請書は、下記の「申請書送付先」へ送付してください。申請期間は、検査料金を支払った日の翌日から2年間です。
- 3 申請書提出の翌月末日までに指定口座へ入金されていないときは、下記の「お問い合わせ先」へご照会ください。
- 4 この申請書に記載していただく個人情報については、胃内視鏡検査費用の補助に関してのみ使用し、他に利用することはありません。
- 5 申請書に添付していただく領収書等の情報は、検査費用の傾向分析やその公表を目的として、統計的な処理を行い、個人を特定しない範囲で活用することがあります。

## ○補助対象

対 象 検 査	組合の補助を受けた人間ドック、生活習慣病健診、胃検診及び海外勤務者健康診断において、受検した胃内視鏡検査(食道及び十二指腸を含む。)とする。※1 ただし、検査中に発見された潰瘍・ポリープの切除等の保険診療扱いとなる場合や治療目的で受けた検査は補助の対象外とする。
対 象 者	50歳以上で偶数年齢の方 ※2 (50、52、54歳・・・)
補 助 額	各健診機関等の胃部エックス線検査と胃内視鏡検査費用の差額に関し、1人につき年度内1回、3,000円を限度とする。 ※3
申 請 方 法	・申請書に領収書を添付して申請してください。 ※以下の方々は、組合への申請は必要ありません。 (検査当日、検査料金から補助金を差し引いた額をお支払いいただいております。) ・厚生中央病院、中部健康管理センター、関西健康管理センターにおいて受診された方 ・日本健康増進財団において受診された方のうち、年度末年齢が偶数年齢の方

※1 組合の補助を受けた人間ドック等で差額負担なしで受検した胃内視鏡検査は、補助の対象外です。

※2 検査を受けた年度の末日(3月31日)時点での年齢です。ただし、前年度に当該補助を受けていない場合は、奇数年齢であっても補助対象となります。

※3 差額が補助限度額に満たないときは、差額を限度に補助します。

## ○申請書送付先及びお問い合わせ先

名 称	所 在 地	電 話 番 号
全国土木建築国民健康保険組合 保健事業部 事業課	〒102-0093 東京都千代田区平河町1-5-9 厚生会館	03(6850)1177(代)