

全国土木建築国民健康保険組合理事長 様

### 胃内視鏡検査費用補助金支給申請書

○申請者(組合員)

平成 年 月 日 提出

被保険者証・組合員証 記 号 番 号	71 — 72 —	組 合 員 氏 名	(フリガナ)
自 宅 住 所	〒 —		
電 話 番 号	( ) —	1 携 帯 ・ 2 勤 務 先 ・ 3 自 宅 4 その他 ( )	

※ 平日の日中に連絡の取れる電話番号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 度 末 年 齢	明治 年 月 日 ( 歳 ) ←年齢は、検査を受ける年度の末日での年齢です。 大正 昭和		
検 査 内 容	胃内視鏡検査 (食道及び十二指腸を含む検査も可能)	検 査 年 月 日	平成 年 月 日
差 額 の 検 査 費 用	(胃部エックス線検査と胃内視鏡検査費用の差額を記入) 円	申 請 金 額	(3,000円限度) 円

※申請前に、裏面の注意事項をご確認ください。  
※保険診療による検査は補助の対象になりません。  
※平成29年度については、奇数年齢の方は補助対象外です。

支給決定額 (組合記入欄)	円
------------------	---

○補助金振込先(組合員本人の預金口座に限ります。)

振込先に誤りがあった場合は送金できませんので、できる限り通帳の口座番号等の記載面(ゆうちょ銀行の場合は振込み用の口座番号等の記載面)の写を添付してください。写を添付される場合は記入不要です。

金 融 機 関 名	支 店 名	預金種類	口 座 番 号	口 座 名 義 人 (組 合 員)
フリ ガナ	フリ ガナ	1 普通 (総合を含む) 2 当座		フリ ガナ
銀行・信用金庫 信用組合・農協 労働金庫	支 店 (出張所)			
金融機関コード	支店コード	(右づめでご記入ください。)		

※「ゆうちょ銀行」を指定する場合は、振込用の『店名(漢数字3桁)・預金種目・口座番号(7桁)』を確認のうえ記入してください。  
※ 金融機関・支店の統廃合により、金融機関名等が変更になっているときは、変更後の金融機関情報を記入してください。

### 領収書の原本を貼付又は添付してください。

領収書には、必ず次の内容が記載されているかご確認ください。記載されていない場合は、その内容が記載された明細書を添付してください。

- (1) 検査を受けた方の氏名
- (2) 検査内容(胃内視鏡検査)
- (3) 検査費用(複数の検査を併せて受けている場合は、内訳を記載してもらってください。)
- (4) 検査を受けた委託健診機関名、電話番号

**注意事項・補助対象・申請書送付先等は、裏面に掲載しています。**

## ○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。組合員の口座へ振り込みます。 ・厚生中央病院、中部・関西健康管理センターについては、窓口で検査料金から補助額を差し引いた額をお支払いください。(組合への申請は不要です。)

※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。(平成29年度については、奇数年齢の方は補助の対象外です。)

※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 関東事務所	〒102-8532 東京都千代田区麹町3の2(麹町共同ビル内)	03(5210)4380(代)