

健 保 確 認 欄		
常務理事	事務長	担当者

## 令和6年度 胃部内視鏡検査補助金支給申請書

太枠内をご記入ください。

年 月 日

被保険者証	記号		被保険者名				
	番号		連絡先	— —			
受診者氏名	家族区分	受診月日	窓口負担額	支給通知書の郵送を希望される方のみ✓を記入			
	本人・家族	月 日	円	<input type="checkbox"/>			
補助金額							円

補助金振込先（被保険者の給与口座をご記入ください。）

振込先	銀行	名称	銀行信用金庫		支店名	支店営業所	
	信用金庫	口座番号					
	ゆうちょ	記号			番号		
口座名義（カナ）							

### \* 必ずお読みください \*

【条件】①から⑤の条件を全て満たした場合に対象となります。

- ①令和7年3月31日現在で30歳以上であること。
- ②受診期間内（令和6年6月1日から令和6年11月15日まで）に受診していること。
- ③健康診断受診の際に胃バリウム検査の代わりに胃部内視鏡検査を受けていること。
- ④検査費用について、胃バリウム検査との差額のみではなく、全額を自己負担していること。
- ⑤領収証（原本）と胃部内視鏡検査結果（写）を健保組合に提出すること。

【注意】

- ・胃部内視鏡の補助金額は上限9,000円（税込）です。
- ・以下の場合は申請書一式を返却させていただきます。
  1. 健康診断と同時ではない胃部内視鏡検査の申請があった場合
  2. フリクションボール等、文字の消せるペンで記入された場合
  3. 上記【条件】を満たさない申請と判断された場合
  4. 提出期日を過ぎてから、申請書が健康保険組合に到着した場合

提出期日：令和7年3月31日 健康保険組合必着