

胃内視鏡検査補助金申請について

荏原健康保険組合

当健康保険組合では、胃内視鏡検査費用の一部補助を行っております。

記

1. 対象者 35歳および40歳（年齢基準日 令和5年3月31日）以上の方
身体上の理由等（※1）により胃X線検査を実施することが出来ない方
※1 胃や腸、その他の病気の既往のある方、治療中の方など
2. 補助額 検査費用の7割（※2）
※2 保険証を使用して受診（3割自己負担、7割健保負担）した場合や
差額で受診した場合は、補助対象外となります。
3. 申請方法 ① 医療機関窓口で検査費用を支払い、領収書（※3）をもらう
（※3）補助対象となるのは、保険適用外（10割自己負担）で検査を受けた場合のみ
（※3）領収書には以下の記載が必要です
* 受診年月日
* 医療機関名
* 受診者氏名
* 金額
* 胃内視鏡検査である旨
② 下記の必要書類を健保に提出する
1. 領収書（※3）
2. 胃内視鏡検査補助金申請書（保険適用外 個人立替用）
3. 胃内視鏡検査結果報告書
4. 検査結果の写し
4. 注意事項 胃内視鏡検査を受けるにあたっては、必ず主治医にご相談下さい。
5. お問い合わせ先 荏原健康保険組合 担当者（050-3416-4206）

胃内視鏡検査補助金申請書

(保険適用外 本人立替用)

保険証 記号番号	-	人事管理ID	
(フリガナ) 氏名		メール番号	
		電話番号	
所属名			

申請には以下の書類が必要です。不備がないかチェック☑して下さい。

1. 領収書
2. 胃内視鏡検査結果報告書
3. 検査結果の写し

受診機関名			
受診日	令和	年	月 日
胃内視鏡検査の 実施理由			
検査費用金額			円
上記の通り、申請します。			
令和 年 月 日			
被保険者氏名 _____			

◆注意事項

- * 保険診療（保険証を利用して3割負担での受診）の場合は補助対象外となります。
- * 申請書をご提出いただいてから補助金のお支払までに1～2ヶ月を要します。

胃内視鏡検査結果報告書

保 険 証 記 号 番 号	-	人事管理ID	
氏 名		検査年月日	令和 年 月 日
受 診 機 関			

検査の結果、次のような判定になりましたので報告致します。

(該当する判定にをつけてください。ご自身でご記入下さい。)

異常なし

定期的に経過観察を必要とします

次回受診予定 () カ月後

治療を必要とします

投与内容等

()

他医療機関紹介 紹介先等

()

その他

()