**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．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．お問い合せ先　　荏原健康保険組合　担当者（050-3416－4206/4209）