

健 保 使 用 欄	伺年月日	年 月 日		常務理事	事務長		担当者
	支給額	胃内視鏡検査	円				
		大腸内視鏡検査	円				

内視鏡検査補助金申請書

太枠内をご記入ください

静岡鉄道健康保険組合理事長殿							
下記のとおり申請します。							
				住所	_____		
				被保険者の 氏名	_____		
事業所名				被保険者の 記号 - 番号	-		
受診者氏名				年 齢	才	続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族
健診機関名				受 診 日	令和	年 月 日	
検査の種別・ 内視鏡検査で 支払った金額	1.胃内視鏡検査（胃カメラ）			円	（補助額上限 5,000円）		
	2.大腸内視鏡検査（大腸カメラ）			円	（補助額上限 30,000円）		
	③内視鏡検査中、ポリープ切除等の医療行為があった場合は、保険適用（健保が7割または8割補助）となるため補助対象外						
確認欄（✓をつけてください）		この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。 ①申請者本人（被保険者）が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。					
<input type="checkbox"/>							
委任 条 項	<input type="checkbox"/> 上記の申請について、事業主を代理人と定め、本補助金に関する権限を委任します。 年 月 日 _____						

- ※ 内視鏡検査の補助は、50歳以上の被保険者および被扶養者が対象となります。 2024.12
- ※ 内視鏡検査にかかる費用を保険適用外で、全額自己負担をした場合について、補助金申請をしてください。
胃内視鏡検査を契約健診機関で受診し、補助金分を差し引いた額をお支払いの場合は、補助金申請は必要ありません。
- ※ 自覚症状がある方・便潜血陽性等の方は、補助対象外です。その場合は、医療機関に保険診療（3割または2割負担）で受診してください。
- ※ かかりつけ医等、医療機関にかかっている場合は、内視鏡検査の受診について主治医の指示に従ってください。

受付日付印

【添付書類】

- 健診機関に支払った領収書（原本）および大腸内視鏡検査の記載された診療報酬明細書
- 受診後に当健康保険組合の資格を喪失された方は委任条項のチェックは不要です。

直接被保険者ご本人の口座へお振込みいたしますので、欄外に資格喪失（予定）日と振込口座をご記入ください。