

## 胃がんリスク検診(ABC検診)受診票兼補助金支給申請書

みずほ健康保険組合 御中

被保険者	事業所及び所属店名	行内メール番号: ○○○○○○ ○○○○○○ 任意継続者と特例退職者は記入不要です。	氏名	みずほ 太郎
	記号・番号	○○○○ - ○○○○○○	携帯電話	○○○(○○○)○○○○
			勤務先電話	○○○(○○○)○○○○
受診者	郵便番号	○○○-○○○○	住所	東京都○○区○○町1-1
	氏名	みずほ 花子	続柄 (妻)	生年月日
	携帯番号 (受診者)	○○○(○○○)○○○○		
			昭・平 西暦	○○年 ○○月 ○○日 (満○○歳)

【 受診方法変更に関する確認 】  
※記入漏れの場合申請書をお戻しさせていただく場合がございます

胃がんリスク検診(ABC検診)受診票兼補助金支給申請書による申請(立替払い)が来期以降廃止となり  
今回を以って最終利用となることを理解しました。

○○○○年 ○○月 ○○日

氏名(自署): みずほ 花子

以下の設問にお答えください

①過去にピロリ菌の除菌(服薬による除菌)をして成功したことがありますか ※現在、除菌中の方は「いいえ」に○をして、除菌成功後に健保に改めてご連絡ください。	はい	いいえ
②消化性潰瘍の治療中(胃潰瘍、十二指腸潰瘍等)	はい	いいえ
③胃酸分泌抑制薬(プロトンポンプ阻害薬)を現在または2か月以内に服用していましたか	はい	いいえ
④胃切除の経験がありますか	はい	いいえ
⑤腎機能障害・腎不全(目安:クレアチニン値が3mg/dl以上)がありますか	はい	いいえ

【 医療機関記入欄 】

※ 上記問診項目に該当していても、胃がんリスク検診は実施してください。

以下についてご記入ください。

検査実施日	年	月	日	試薬名(いずれかに○をつけてください)
ヘリコバクター・ピロリ抗体				栄研、その他( )
ペプシノゲン				栄研、その他( )

年 月 日

【 領 収 額 】

上記検診費用として下記金額を受領しました。

合計 \_\_\_\_\_ 円

所在地 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_  
医療機関名 \_\_\_\_\_  
代表者 \_\_\_\_\_

(印)

### 注意事項

#### 1. 受診資格

被保険者、被扶養者(就学者を除く)で胃がんリスク管理区分をみずほ健康保険組合に未登録の方。

本申請により結果登録後、胃がん検診の補助制度が受けられるようになります。

#### 2. 胃がんリスク検診補助金の支給はみずほ健康保険組合加入後1回のみです。

#### 3. 補助金支給申請には医療機関が発行する胃がんリスク結果票(写し)を添付してください。

#### 4. 上記医療機関証明欄に証明を受けるか、本人宛の領収書原本(但書き欄の表記は不可)を添付してください。

みずほ健康保険組合事務処理欄			
健保支給額	¥	伺決定支給日	
結果登録日		処理担当者印	