

《重要》
必ずお読みください

みずほ健康保険組合
保健事業グループ

【人間ドック等の受診方法変更について】

「みずほけんぽニュース2026年春号 8～9ページ」に掲載の通り、来年2027年4月1日より人間ドック等の受診方法が一部変更になります。

つきましては下記2点の変更点をご確認のうえ、各種補助金支給申請書の中段「受診方法変更に関する確認」欄にご署名いただきますようお願いいたします。

～2027年4月1日以降の変更点～

1. 契約医療機関以外で受診した場合、補助対象外となります（以下の健診）

- ①人間ドック ②胃がん検診（内視鏡検査） ③大腸がん検診（内視鏡検査）
- ④婦人科検診 ⑤胃がんリスク検診（ABC 検診）

※これにともない、現行の「費用を全額立替払い後、各種補助金支給申請書を当組合へ提出し、補助金を受給する方法」は今年度を以って廃止となります。

2. 脳ドックの補助金制度が廃止となります。

人間ドックのオプションとして頭部MRI、頭部MRA、頭部CTスキャン、頸動脈エコー等を受診することは可能です。ただし補助上限超過分については自己負担になります。

以上

2026.05

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:		氏名	④
	任意継続者と特例退職者は記入不要です。				
	記号・番号	—		携帯電話	()
				勤務先電話	()
受診者	郵便番号	—	住所		
	氏名			続柄	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):

以下の設問にお答えください

受診者様記入欄

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

④

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	

各種健診補助金支給申請必要書類等チェックリスト

補助金支給申請時にご利用ください。チェックリストのご提出は不要です。

健診種類	必要書類・注意事項	チェック欄
人間ドック	1. 人間ドック補助金支給申請書 その1 ※[検査結果]について丸で囲んでください。	
	2. 人間ドック検査費用領収書（原本） ※領収書に特定健診費用の記載があることを確認してください。 ※ 宛名に受診者氏名 が記載されていることを確認してください。 （但書き欄の表記は不可）	
	3. 人間ドック検査結果票（写し） ※身体測定を含む検査項目すべての数値が記載されているものです。	
	4. 人間ドック補助金支給申請書 その2	
脳ドック	1. 脳ドック補助金支給申請書 ※[検査結果]について丸で囲んでください。	
	2. 脳ドック検査費用領収書(原本) ※ 宛名に受診者氏名 が記載されていることを確認してください。(但書き欄の表記は不可)	
胃がんリスク 検診 (ABC検診)	1. 胃がんリスク検診補助金支給申請書	
	2. 申請書に医療機関の検査費用領収証明を受けてください。 証明がない場合は胃がんリスク検診費用領収書(原本)を添付してください。 ※ 宛名に受診者氏名 が記載されていることを確認してください。 (但書き欄の表記は不可)	
	3. 胃がんリスク検診結果票(写し) ※胃がん検診(胃部内視鏡検査)補助金制度を受けるには結果登録が必要です。必ず添付してください。	
胃がん検診	1. 胃がん検診(胃部内視鏡検査)補助金支給申請書 ※保険診療でないことを確認してください。 ※[検査結果]について丸で囲んでください。	
	2. 申請書に医療機関の検査費用領収証明を受けてください。 ※証明がない場合は胃がん検診費用領収書(原本)を添付してください。 ※ 宛名に受診者氏名 が記載されていることを確認してください。(但書き欄の表記は不可) ※市区町村のがん検診費用を申請する場合は料金が明記されているものも領収書と併せて添付してください。	
婦人科検診	1. 婦人科検診受診票兼補助金支給申請書(乳がん・子宮がん検診) ※[検査結果]について丸で囲んでください。 ※領収書に検査項目が記載されていない場合は、申請書の医療機関記入欄に記載してもらってください。	
	2. 乳がん・子宮がん検査費用領収書(原本) ※保険診療でないことを確認してください。 ※ 宛名に受診者氏名 が記載されていることを確認してください。(但書き欄の表記は不可) ※領収書と明細書を併せてご提出ください。また市区町村のがん検診費用を申請する場合は料金が明記されているものも添付してください。	
大腸がん検診 (大腸内視鏡検査)	1. 大腸がん検診補助金支給申請書 ※[検査結果]について丸で囲んでください。	
	2. 大腸がん検診費用領収書(原本) ※保険診療でないことを確認してください。 ※ 宛名に受診者氏名 が記載されていることを確認してください。(但書き欄の表記は不可) ※市区町村のがん検診費用を申請する場合は料金が明記されているものも領収書と併せて添付してください。	

申請書送付先 : 〒100-8176 東京都千代田区大手町1-5-5 大手町タワー24F
みずほ健康保険組合 保健事業グループ 宛

行内メールをご利用の場合は【行内メール番号：150000】とご記載ください。

※ご受診後60日以内にご申請ください。

ただし、婦人科検診の乳がんと子宮がんを別々に受診した場合は、最終受診日から60日以内です。