


### 大腸がん検診(大腸内視鏡検査)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	みずほ 太郎 	
		○○○○○○○ 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	東京都○○区○○町1-1	
	氏名	みずほ 太郎	続柄(本人)	生年月日	昭・平西暦 ○○年 ○○月 ○○日(満○○歳)
	携帯電話(受診者)	○○○ (○○○) ○○○○	受診日	○○○○年 ○○月 ○○日 ~ ○○日	

#### [ 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

大腸がん検診(大腸内視鏡検査)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 太郎

#### [ 検査結果 ]

いずれかにチェックをしてください ※必ず結果が出てからのご申請をお願いいたします

##### 大腸がん検査

異常なし

要精密検査

※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

#### [ 領収書原本裏面貼付 ]

※ 領収書は、宛名に受診者氏名が明記してある原本を貼付してください。

#### ※注意事項

- 受診資格は40歳以上の被保険者・被扶養者の方です。
- 健康保険組合の補助額は20,000円(税込)です。  
但し費用補助の対象は保険証を使用しない(10割自己負担)、大腸内視鏡検査にかかる費用のみです。  
検査中にポリープなどが見つかると、その場で生検組織検査や内視鏡的手術が実施された場合の費用は補助の対象とはなりません。
- 人間ドックのオプションとして大腸がん検診を受診された場合、人間ドックとしての補助となります。(※上限42,000円まで)
- ご受診後60日以内にみずほ健康保険組合 保健事業グループ宛に送付してください。
- 申請書は受診者毎に必要です。  
申請書が不足する場合はコピーするか、みずほ健保HP内、申請書類一覧「健診」から印刷して使用してください。
- 胃がん検診と同時受診した大腸がん検査について(セット料金の場合)、各健診それぞれの内訳が領収書(又は明細書)に記載されていない場合、大腸がん検診補助金制度は適用されず胃がん検診補助金制度のみ適用になります。

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	年 月 日