2024年度　胃がん検診（胃部内視鏡検査）費用補助申請書の手引き

胃部精密検査を受診済みの方が、保険適用外の胃がん検診（胃部内視鏡検査）を、個人的に医療機関等で受けた場合、もしくは市区町村の補助を利用して受けた場合の自己負担額に対し、健保組合で補助金を支給する制度です。

対　　象　　者

以下のすべてに該当する方が費用補助の対象となります。

① 2024年4月1日、検診受診日、申請日の各日とも、ヤマトグループ健康保険組合の資格がある社員。
（被保険者が対象。被扶養者、任意継続被保険者、二以上事業所非選択の方は対象外です。）

② その年度（4月1日～3月31日）に40・45・60歳の誕生日を迎える。

③ 定期健診の胃がんリスク検査(ABC検査)でB・C・D群の判定後、またはE群の方などABC検査より前の場合を含め、**保険診療で胃がんの精密検査を受診し、ピロリ菌が存在する場合は除菌してから、1年以上が経過**している。

対象となる検診内容

胃部内視鏡検査
胃部エックス線検査は対象外です。
保険診療では受診できない方が、**保険適用外のがん検診として受診した検査が対象**です。（症状のある方、精密検査未受診の方、治療中または治療後の方など、保険診療で受診可能な方は、対象外です。保険診療で受診してください。）

補 助 対 象 期 間

2024年4月1日から2025年3月31日までの受診分
受診後90日以内に提出した申請書が対象となりますので、受診後は速やかに申請してください。

申　請　回　数

年度に一回

補 助 金 の 上 限

10,000円

提　出　書　類

1）胃がん検診（胃部内視鏡検査）費用補助申請書
2）領収書原本（コピーは不可　※検診費用は確定申告時の医療費控除の対象とはなりません。）
注意：領収書には、**受診日・受診者名・検診機関名が明記**されていること。
3）検診結果コピー
※検診結果が口頭のみで用紙がない場合は、結果の内容を”胃がん検診　費用補助申請書”の下の余白に記入してください。（改めて診断書を提出する必要はありません。）

※胃部内視鏡検査を受けたことが分かるような資料を添付してください。
（領収書但し書き、検診結果コピーに記載がなければ、診療明細コピー、受診案内コピー等）

上記、2）3）を**封筒に入れ**、申請書の左裏に**ホッチキス留で添付**してください。

提　　出　　先

所属の人事総務担当（人事総務担当はヤマト運輸(株)事務オペレーション部
人事オペレーション課　社会保険担当　　［受託外は健保］へ提出）

給 付 金 の 支 給

申請書提出後、およそ2ヵ月以内に健保給付金として支給します。

記 入 上 の 注 意

太枠内をすべて記入してください。
⑬申請後に退職する場合は記入してください。
⑭申請前に各項目を確認し、☑チェックしてください。

注　　意　　事　　項　**以下の費用は、補助金の対象外です。**

■保険診療扱い（窓口で3割負担）で受診した費用
■検診結果を後日聞きに行った場合の費用
■検診結果郵送費用
■「選定療養費」など、検診とは別に発生した費用
■一次検査の結果、再度検査が必要となり、精密検査を実施した場合の費用

左裏　封筒ホッチキス留

胃がん検診（胃部内視鏡検査）費用補助申請書

※太枠内を全てご記入ください。

①申請日	年　　月　　日

② 保険証記号−番号	―	フリガナ	
		③ 被保険者名	
④ 事業所コード	−	⑦ 生 年 月 日	昭和・平成　　年　　月　　日 年齢　（　　）歳
⑤ 事業所名			
⑥ 勤務先　電話番号	−　　−		

⑧ 検診の種類 （該当に〇）	種類 a．お住まいの市区町村の検診 b．胃がん単独の検診 c．人間ドック等のオプション	⑨ 以前に受診した精密検査について	精密検査受診時期 （　　）年（　　）月ごろ 精密検査受診医療機関 名称: TEL:　　−　　−

⑩ 利用した施設・病院名 （自治体検診は、市区町村名も記入）	
⑪ 利 用 年 月 日	年　　月　　日

⑫ 自己負担費用	円	支　給　額 （※ 健保使用欄）	円

※在籍中に受診し、申請後に退職する方は⑬を記入してください。

⑬振込先			
金融機関名	銀行　　支店	フリガナ	
口座番号	普通	口座名義	
※ この請求に係わる補助金の受領を下記代理人に委任します。			

⑭各項目に☑チェックをしてください。

☐申請内容の審査のため健康保険組合から医療機関等に問い合わせ、医療機関等が回答することに同意します。
☐記入もれはありませんか？
☐領収書原本と検査結果コピーは封筒に入れ添付しましたか？

代理人記入欄	上記の通り相違ないことを証明します。　　年　　月　　日 氏名　事業主代理人