

胃カメラ検査費用申請書・結果報告書

- 【対象者】 **事業主の実施する胃がんリスク検診で胃カメラ受診対象者となった方**
- 【添付書類】 領収書および診療明細書（原本）
- 【補助の内容】 原則として全額立替払いをした胃カメラ検査費用について補助を行います。
（病院窓口で全額支払について申し出ていただき、全額支払後、10割負担分の領収書および診療明細書を受け取ってください。）
ピロリ菌除菌、ポリープ切除、薬の処方等の治療行為は補助対象外です（健康保険証を使用しての受診をお願いします。治療行為を伴う場合は、診療明細書の検査費用のみが補助の対象になります）。
- 【申請方法】 『結果報告書』は受診時に主治医に記入していただくか、ご自身で説明を受けた内容をご記入ください。
受診後、速やかに申請してください。
- 【提出先】 事業所健康管理部門（KANEKA Wellness Center/各場健康相談室）
- 【支給方法】 毎月10日カネカ健康保険組合受付分を当月末に指定の銀行に振込

【個人情報の取扱いについて】

ご提出いただきました申請書は、費用補助及び健康管理に使用します。受診者の同意なく他の目的には使用しません。

カネカ健康保険組合用

胃カメラ検査費用申請書

被保険者	健康保険証の 記号番号	記号	番号	被保険者 氏名	生年月日	年 月 日
	事業所の 名称			所属	連絡先 電話番号	
振込先銀行	金融機関名	支店名		種目	口座No.	名義(かか)
				普通 当座		

KANEKA Wellness Center/各場健康相談室

胃カメラ検査結果報告書

事業所・所属部署		社員名		社員番号	
----------	--	-----	--	------	--

(医師あるいは本人記入)

受診内容	受診日	年 月 日
	医療機関名	
	検査結果	
	次回胃カメラ 実施時期	毎年 ・ 隔年 ・ 3年に1回 ・ その他 () ・ 胃カメラ必要なし