

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**
 ※詳細は「胃がん検診制度の変更について」をお読みください

【添付書類】 領収明細書（原本）

【申請期限】 受診後、速やかに申請してください。

【支給時期】 毎月10日迄健康保険組合受付分を当月末に指定の銀行に振込

【申請書送付先】 各場・各本社の健康管理センター、医局、健康相談室

【費用に関する問い合わせ】 カネカ健康保険組合（株式会社カネカ 大阪本社内）

【申請にあたっての注意事項】

- (1) 検査当日は原則として全額立替払いをしてください。
その旨病院窓口でお申し出になり、領収書を発行してもらってください。
- (2) 本用紙の下にある「受診内容」を主治医に記入してもらうか、必要事項を聞き取りの上、ご自身でご記入ください（診断書費用は補助されません）。
- (3) ピロリ菌除菌やポリープ切除、薬の処方等、治療行為を伴う場合は保険診療扱いとなりますので費用負担（本人3割）頂くこととなります（窓口で健康保険証を提示のこと）。

【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。

健康保険組合用（費用申請）

（本人記入）

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	昭和 年 月 日 平成
	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.
					普通 当座	

健康管理センター・医局・健康相談室用
（結果報告）

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		