

ナイスグループ健康保険組合理事長 殿

胃カメラ検査補助金申請書 (胃がんリスク検診結果がB、C、D判定の方が対象)

保険証記号－番号	－	社員番号	
会 社		申請年月日	年 月 日
加入者(社員)氏名			

【注意事項】

※会社が行う健康診断において、胃がんリスク検診(以下ABC検診と言う)の結果がB群、C群、D群と判定された方及びABC検診に適さず健保が必要と認めた方(過去に胃を切除した方、ピロリ菌の除菌をした方など、事前に健保に相談ください)で、今までに胃カメラ検査補助金を受給していない方が対象となります。

※ABC検診の判定結果(写し)と保険医療機関にて胃カメラによる精密な検査を受診した際の領収書・診療明細書(原本)を左上にホッチキス止めしてください。

※申請は随時受付します。最終的な受付の締切はABC検診を受診した年度の翌年度末までとします。補助金の上限は12,000円です。(給与口座にお支払します)

※対象となる診療内容は初(再)診料、事前検査、胃内視鏡検査、生検(病理診断)でピロリ菌の除菌は対象ではありません。

【アンケート・任意】 該当する口内には○を、()内には年数や理由を記入し、お答えください。

Q1) 今後の経過観察について、医師の指示内容は？

定期的に胃カメラの検査を受ける
()年に1回くらいを目安に

定期的にバリウムの検査を受ける
()年に1回くらいを目安に

その他 (例:更に精密検査を受けるなど)

()

Q2) ピロリ菌の除菌はされますか？

はい (過去に除菌済も含む)

いいえ

(理由:)

※ご回答頂きました内容は、保健事業以外の目的には使用致しません。

提出先 〒230-8571 横浜市鶴見区鶴見中央4-33-1 ナイスビル7階
ナイスグループ健康保険組合