

## 胃カメラ検査補助金申請書

利用資格 ※①・②・③のいずれかにマル	①	今年度受診したABC検診の結果がB群、C群、D群
	②	今年度までに受診したABC検診結果がE群
	③	今年度までに受診したABC検診結果はA群だったが、過去に胃を切除した、ピロリ菌を除菌した

保険証記号－番号	—	社員番号	
受診年月日	年 月 日	申請年月日	年 月 日
氏 名			
胃カメラ検査申請額	円 ※胃の精密検査に関係のない持病の治療・検査代や、ピロリ菌の除菌薬が処方された場合は、処方箋・薬代を差し引いてご記入ください。		

【対象者】・・・対象の方へは、健保組合よりご案内をお送りします  
会社が行う健康診断の際に実施したABC検診(胃がんリスク検査)の結果が以下の①・②・③の方  
(※ABC検診は、30歳到達年度及び31歳以上で過去に未受診の方に実施)

- ①B・C・D群と判定された方
- ②E群と判定された方
- ③A群でも、過去に胃を切除した方、ピロリ菌の除菌をした方は対象となります。  
③に該当する方でご案内が届かない場合は、胃カメラ検査を受診する前に健保組合までご連絡ください。

### 【申請受付期間】

#### ●利用資格者①

ABC検診を受診した年度の翌年度末までに1回のみ補助が受けられます。

※例えば2024年度にABC検診を実施した場合

受診期間:2024年(ABC検診受診後)～2026年3月31日 ⇒申請期日:2026年4月30日(必着)

#### ●利用資格者②・③

対象者は年度中に奇数年齢に到達する方です。2年度毎に1回補助が受けられます。

受診期間:N年4月1日～N+1年3月31日 ⇒申請期日:N+1年4月30日(必着)

### 【申請方法】

保険医療機関にて胃カメラによる精密な検査を受診して、領収書および診療明細書(原本)を胃カメラ検査補助金申請書(本紙)に添付のうえ健保組合までご提出ください。

※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。

### 【補助金額】

1回の胃カメラ検査に対する補助金の上限は12,000円です。

補助金の支給は、病院のレセプト(診療報酬明細書)内容を確認してから行いますので、受診の2ヶ月後以降で、かつ申請書到着次第となります。

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