

2022年度 胃がんリスク検査（被保険者）補助金支給申請書

大同生命健康保険組合 御中

申請日：2022年6月24日

次のとおり、胃がんリスク検査を受けましたので、補助金の支給を申請します。

記号	番号	被保険者氏名 (受検者)	所属名	検査年度の 4月1日時点の年齢	資格取得日 (入社日)
1	12345	大同 花子	〇〇〇〇 支社 部 課	35 歳	2019 年 4 月 1 日
検査種類		検査日	検査費用	健保組合 記入欄 【支給決定金額：給与へ計上】 支給額： 円 支給月： 年 月 給与	
ピロリ菌・ペプシノゲン検査		2022 年 6 月 10 日	x, x x x 円		

<健康診断に関する情報の取扱い>

- 健康診断結果を、①疾病の早期発見 ②医療機関等での受診指導 ③栄養指導その他の保健指導 ④健康の保持・増進のための健康教育、健康相談 ⑤健康水準の把握および評価 ⑥就業の可否等の就業上の措置を行う目的で利用します。
- 健康診断を大同生命（関連会社）および大同生命健康保険組合の共同事業として実施し、健診結果を上記利用目的の範囲内で共有します。

受付日付印

■注意事項■

補助金支給の申請には、下記条件を満たしていることが必要です。内容を確認のうえ、ご申請ください。
なお、補助金の支給は給与への計上となります。

- 支給対象者：
 - ＜胃がんリスク検査＞ピロリ菌・ペプシノゲン検査
4月1日時点で【被保険者期間3年以上（2019年4月1日以前入社）】かつ【満35歳】
 - 10月末日までにピロリ菌・ペプシノゲン検査を受けた方
 - 検査日時点で当組合の資格を有する方 ※ただし、以下の場合は支給対象外
・検査時に健康保険証を使用した場合
・同検査を同年度内に複数回受けた場合の2回目以降の検査
- 必要書類：
 - 検査結果票（写し）
 - 領収書（原本） ※領収書に検査名の記載がない場合は、余白に自身で「胃がんリスク検査」と記入要
- 申請期限：
 - 12月末日 健康保険組合必着

受渡日	処理日	健康保険組合		
健康管理	常務理事	事務長	検	係

保期7年（本）紙

健保0500 2022-04（本）