

# 2023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：20xx年xx月xx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	職員コード（7桁）							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）	
		被保険者氏名（受検者）										
1	12345	1	2	3	4	5	6	7	〇〇〇〇 支社 部 課	35 歳	20xx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】 支給額： 円 支給月： 年 月 給与	
ピロリ菌・ペプシノゲン検査		20xx年xx月xx日							x,xxx 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、申請してください。  
なお、補助金は事業主が給与と合算して支給します。

- 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（2020年4月1日以前入社）】かつ【満35歳】
  - 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、余白にご自身で「胃がんリスク検査」と記入してください。
- 申請期限：
  - 検査結果を受け取り後、1ヵ月以内を目途に申請してください。  
なお、2024年3月末を申請期限とします。

受渡日	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 2023-04（本）