ボッシュ健康保険組合　殿

胃がん検診　補助金請求書

胃

※任意継続被保険者の方は「保健事業・費用請求書」にて申請をしてください。

【申請者（被保険者）】　　記入日：　　年　月　日

保険証	記号		被保険者	
	番号		氏　名	
事業所名				連絡先TEL
所　属				

【受診状況】　　下記項目どちらか1回まで補助します。

受診項目	受診日	医療機関名	支払い額
内視鏡検査	年　月　日		円
バリウム検査	年　月　日		円

ボッシュ健康保険組合記入欄（記入しないでください）	
支給決定額	円

【支給条件】

1. 対象者：ボッシュ健康保険組合の被保険者(35歳以上)
2. 対象期間：毎年4月1日～翌年3月31日まで
3. 申請回数：1年に1回（内視鏡又はバリウムどちらか）
4. 補助上限額：内視鏡￥18,000　バリウム¥14,000
5. 申請方法：補助金請求書＋領収書の原本を当健保組合へ提出（領収書の返却はできません）
6. 領収書記載事項：受診者氏名・受診日・医療機関名（印）・受診項目ごとの単価・
   胃がん検診代であることが明記されていること

注）ﾚｼｰﾄﾀｲﾌﾟでも上記必要項目の記載、医療機関の領収捺印があれば、受領します。
(全て医療機関で記載したものに限ります)

7. 支給対象にならない場合(または項目)

① 健康保険証を使用した場合
② 各事業所で実施している胃がん検診を受診した場合
③ 鎮静剤、組織検査代など胃がん検診代に直接含まれない項目

8. 日本国内の医療機関で実施したものに限ります。

【申請先】　ボッシュ健康保険組合(Hig-RBHI)　ヘルスケア推進部　補助金担当 行き

【推奨送付方法】※申請書は有価証券と同等ですので紛失防止および責任所在の明確化のため、
下記の方法での送付をお勧めします。

① 一般郵便の場合　簡易書留または書留等で発送してください。(〒355-0028 東松山市箭弓町2-5-5 ボッシュ健康保険組合)
②社内便で「社内書留郵便依頼書」が利用可能な場合(不可の場合は上記①で送付ください)
社内書留郵便依頼書をご記入の上、「書留受領証」を希望に✓を付けて発送してください。

ご記入頂いた個人情報は、当組合が健康保険法及び関係通達等に則り正しく又公平に事業運営を行うために収集するものです。これ以外の目的で個人情報を利用又は第三者提供を行うことはありません。また記入内容についてお尋ねしたり、必要に応じて別途証憑書類を提出していただくことがあります。この個人情報のお取り扱いについてのお問い合わせや開示請求等は、ボッシュ健康保険組合　総務課（電話　0493-22-0890）までご連絡ください。

※ 個人情報の取り扱いについてはホームページ「個人情報保護方針」もご覧ください。

2025.9 改