

①

見本

胃内視鏡（胃カメラ）検査 事後精算申請書

対象：年度末年齢が50歳・55歳・60歳・64歳に到達する被保険者

申請日(西暦)	20	2	3	年	1	1	月	1	1	日	事業所名	□□□□株式会社		
健康保険証 記号-番号(左詰め)	1	0	1	-	1	2	3	4	5	被保険者(受診者)氏名	健保 太郎			
日中連絡先(左詰め)	会社		0	3	-	3	8	3	5	-	6	7	0	0

検査内容	受診者生年月日(西暦)							実施日				支払額						
胃内視鏡検査	19	6	5	年	0	4	月	3	0	日	1	0	月	0	1	日	15,000	円
検査結果 <small>※判定記入で検査結果報告と代えさせていただきます ご自身で検査結果を転記してください</small>	<input checked="" type="checkbox"/> A: 異常なし <input type="checkbox"/> B: 要再検査・要精密検査 <input type="checkbox"/> C: その他 <small>■国のガイドラインにより「要再検査」又は「要精密検査」と判定された項目について、早期検査による疾病予防や重症化防止を図ることを目的としております。</small>																	

振込先情報 (給与口座)	銀行名			銀行コード				支店名			支店コード		
	△△銀行			0 0 0 0				〇〇支店			0 0 0		
	種別	口座番号						口座名義			口座名義カナ		
普通	1	2	3	4	5	6	7	健保 太郎			ケンボ タロウ		

- * 申請対象者は年度末年齢が50歳・55歳・60歳・64歳に到達する被保険者です。ご家族（被扶養者）は費用補助の対象外となります。
- * 保険診療で受診した場合の費用補助は診療報酬に基づき一律4,500円（上限を下回る場合は実費）のみです。病理診断を行った場合や薬の処方に要した費用は費用補助対象外となります。
- * 申請者（被保険者）本人の給与口座名義を記入ください。
- * 振込先の記入に間違いがあると補助金のお支払いができない場合があります。
- * 検診・保険診療問わず申請は年度に1回費用補助を行います。
- * 原則として毎月15日までに届いた申請について翌月末営業日の前日に補助金を給与口座にお支払いいたします。

 提出前にチェックしてください！！

- 申請書の太枠内の記入漏れはありませんか？
- 領収書および明細書の原本を添付していますか？（明細書だけでは受理できません）
- 振込先情報は「給与口座」を記入していますか？
- 結果が「要精密検査」の場合は速やかに医療機関で検査を受診してください。

※領収書には、対象者氏名、金額、検査日、但し書き、医療機関名（および押印）の記載が必要です。

- ・受診期間 4月1日～翌年3月31日
- ・申請期間 翌年4月10日健保組合必着

【健康保険組合使用欄】

支給決定額	受付日付印
円	

【送付先】郵便または社内便で送付ください。

〒110-8560 東京都台東区台東1-5-1 TOPPANグループ健康保険組合
「胃内視鏡検査事後精算受付担当」宛

② 胃内視鏡（胃カメラ）検査領収書添付用紙

検査後、領収書の上部をのりづけし、この用紙またはA4用紙に添付してください。

のりしろ

◀ 見本1：健康診断として受診した場合 ▶

領収証		2019年5月10日
健保 太郎 殿		
金	15,000	円
胃内視鏡費用として上記金額を領収いたしました。		
東京都台東区台東〇〇〇〇〇〇〇		
健康クリニック		
TEL:00-0000-0000		

領収書兼請求明細書							
患者番号	氏名		発行日		保険区分		負担割合
	健保 太郎		2019年5月10日				
	診療科	医学管理等	在宅医療	検査	画像診断	投薬	注射
診療費金額	点	点	点	点	点	点	点
負担金額	円	円	円	円	円	円	円
保険外金額	円	円	円	円	円	円	円
	リハビリテーション	精神科専門療法	処置	手術	麻酔	病理診断	放射線治療
診療費金額	点	点	点	点	点	点	点
負担金額	円	円	円	円	円	円	円
保険外金額	円	円	円	円	円	円	円
自費項目	文書料	健康診断	自費検査	予防接種	その他	合計	
15,000円	円	円	円	円	円	円	
	診療費金額	負担金額	保険外金額	総合計（請求金額）		東京都台東区台東〇〇〇〇〇〇〇	
合計点数	点	円	円	15,000円		健康クリニック	
診療費合計	円	円	円	15,000円		TEL:00-0000-0000	

◀ 見本2：かかりつけ医等で保険診療で受診した場合 ▶

領収書兼請求明細書							
患者番号	氏名		発行日		保険区分		負担割合
	健保 太郎		20XX年7月1日				
	診療科	医学管理等	在宅医療	検査	画像診断	投薬	注射
診療費金額	288点	点	点	1600点	点	点	点
負担金額	円	円	円	円	円	円	円
保険外金額	円	円	円	円	円	円	円
	リハビリテーション	精神科専門療法	処置	手術	麻酔	病理診断	放射線治療
診療費金額	点	点	点	点	点	860点	点
負担金額	円	円	円	円	円	円	円
保険外金額	円	円	円	円	円	円	円
自費項目	文書料	健康診断	自費検査	予防接種	その他	合計	
円	円	円	円	円	円	円	
	診療費金額	負担金額	保険外金額	総合計（請求金額）		東京都台東区台東〇〇〇〇〇〇〇	
合計点数	2748点	円	円	8,250円		健康クリニック	
診療費合計	円	円	円	8,250円		TEL:00-0000-0000	

診療明細書			
患者番号		氏名	
123456	健保 太郎 様	請求期間 20XX年7月1日～20XX年7月1日	
区分	項目名	点数	回数
初・再診	初診料	288	1
検査	EF-胃・十二指腸 キシロカイン ガスコンドロップ 等	1,140	1
	病理判断料	150	1
病理診断	内視鏡下生検法	310	1
	T-M（臓器）	860	1

健康クリニック

領収書（①）および検査実施内容の確認
できる明細書（②）を添付ください。

※検査の結果、胃内の組織を採る病理診断やピロリ菌除菌薬の処方などがあった場合には、その処置費用は保険診療（3割負担）となります。費用補助は胃内視鏡検査の実施に要した費用までです。
※費用補助は検診、保険診療問わず年度1回までです。