2024年度　脳検査・肺CT・大腸内視鏡検査費用補助申請書

＜申請者記入欄＞ **太枠内をご記入下さい。**

健保担当者より、検査内容や料金について確認の為にお問い合わせさせていただく場合がございます。
ご記入漏れ、内容確認が取れない場合、補助金の支払いが遅れることもありますのでご了承下さい。

フリガナ		生年月日（西暦）	保険証記号-番号
受診者 氏 名		年　　月　　日	―
住所	〒		
日中 ご連絡先	電話番号（携帯可）	メールアドレス（携帯可）	

領収書の種類のチェックしてください。
- □脳検査：MRI（脳全体の断層画像）、MRA（脳血管や頸動脈の立体画像）
- □肺CT検査：胸部の断層画像撮影
- □大腸内視鏡

【提出前チェックシート】

	チェック内容	チェック欄
1	領収書はすべて原本ですか	
2	領収書の宛名は受診者本人の氏名ですか	
3	領収書の発行日は2024年度ですか （2024年4月1日～2025年3月27日）	
4	太枠内の項目に記入漏れはないですか	
5	領収書に検査項目の記載はありますか	
6	総合健診で受診済（予定）ではありませんか ※今年度中に脳検査・肺CT・大腸内視鏡のいずれか1つしか 補助を受けられませんので、ご注意ください。	
7	保険証を使用して受診していませんか ※保険証を使用して受診した場合は補助対象外です	

＜健保記入欄＞

支給決定額
円

受付印

領収書原本貼付欄

2024年度脳検査・肺CT・大腸内視鏡検査費用補助申請書に関しての留意事項

1.脳検査・肺CT・大腸内視鏡検査費用補助申請の条件

１）補助申請対象者　：　年度年齢50・55歳の被保険者（社員）
※年度年齢とは・・・2025年3月31日時点での年齢

２）受診期限　：　**２０２４年４月１日～２０２５年３月２７日**

３）医療機関　　指定の医療機関なし（国内のみ）

４）補助対象検査と補助金

検査項目（いずか一つが補助の対象）	補助金
①脳検査：ＭＲＩ（脳全体の断層画像）、ＭＲＡ（脳血管や頸動脈の立体画像）	30,000円を限度とした実費
②肺ＣＴ検査：胸部の断層画像撮影	
③大腸内視鏡検査	

※検査内容・料金は医療機関によって異なりますので各医療機関にご確認ください

《大腸内視鏡検査診察の流れと注意事項》
①事前診察説明（内視鏡検査予約）・・・保険適用外（自費）の場合は補助対象
↓
②内視鏡検査実施・・・ポリープ切除なく検査のみ保険適用外（自費）の場合は補助対象
↓
③ポリープ切除等の治療・・・保険証使用で切除の場合は②③補助対象外

以下の場合は補助の対象外となりますのでこの申請書はご使用になれません。
・総合健診で受診する場合(又は受診済みの場合)
・保険証を使用した場合
・補助対象の検査項目以外を受診した場合
・期限内に二重申請が判明した場合
（2024/4/1～2025/3/27の期間にいずれか1つの検査項目で１回のみの補助となります）

２．申請手続

１）申請に必要な書類

①脳検査・肺CT・大腸内視鏡費用補助申請書・・・・表面に必要事項を記載して下さい。
②領収書原本・・・・表面にある所定の位置に貼付して下さい。

２）申請期限

２０２４年４月１日～２０２５年３月３１日健保必着

３）申請書類の送付先

〒140-8665
東京都品川区南品川6-11-6
リコー三愛グループ健康保険組合　脳検査・肺CT・大腸内視鏡検査費用補助担当者　宛

３．支払方法

毎月末締め→翌月以降に会社を通して給与等にて支給します。