

健 保 利 用	理事長	常務理事	事務長	担当者	保健師

契約機関にて受診の場合、受診券申請書として、受診日の10日前までに提出が必要です。
受診券申請書の提出期限に間に合うよう余裕をもってご提出ください。※契約外は受診後に補助金請求書として提出

大腸内視鏡検査・大腸CT検査 受診券申請書／補助金請求書

下記4点をご理解・ご承認の上、本制度をご利用ください。
ご確認されましたら、☒をお願いいたします。

- ☐ ① 自費受診による「大腸内視鏡検査」「大腸CT検査」(大腸がん検診)費用を補助する制度です。
☐ ② 便潜血(+)陽性または症状※1)がある方は、**保険診療**の受診となり、**補助対象外**です。
 ※1) 排便時の出血、便が黒っぽい、便が出にくい、便秘と下痢を繰り返す、腹痛など
☐ ③ 組織検査(生検)や治療(ポリープ切除等)を実施した場合は**保険診療**となり、**補助対象外**です。(契約機関も同様)
 保険診療は、標準で、**3割が自己負担**、**7割が健保負担**となります。
 ただし、**検査前の診察・問診・前処置等を医療機関側で自費受診としている場合は補助対象**とします。
☐ ④ 「大腸内視鏡検査」・「大腸CT検査」と関係がない検査、処置、処方、は、**補助対象外**となります。

【受診者情報】

令和 年 月 日

記号		番号		事業所(会社)名 任意継続者は空欄				
フリガナ				携帯電話番号				
被保険者氏名				性別	☐ 男 ☐ 女	年齢		
				生年月日	昭和	年	月	日

【受診医療機関情報】

※年度末時点で45歳以上の方が対象です

機関種別 該当機関へ ○を記載	【A】 契約機関以外	【B】 契約機関	A:検査前問診日	令和	年	月	日
			A・B:本検査実施日	令和	年	月	日
検査メニュー	☐ 大腸内視鏡検査 / ☐ 大腸CT検査						
受診医療機関住所 (【A】の場合記載)							
受診医療機関名				TEL			
【A】の場合 検査結果記載 ※結果表写しまたは結果報告書 も併せて添付	☐ 異常なし / ☐ 要経過観察 / ☐ 要精密検査 / ☐ 要治療						
【A】の場合 振込先口座記載		銀行		支店	☐ 普通 ☐ 当座		
					口座番号		

※本人名義の通帳またはキャッシュカードのコピーを必ず添付してください。

1. **【B】を選択して受診される方は、大腸内視鏡検査・大腸CT検査 受診券申請書／補助金請求書を受診日の10日前までにご提出ください。**
2. **受診目当目**

【A】【B】の両医療機関とも、受診の際は**健康保険証**をお持ちください。

【B】は健保発行の「**受診券**」も必須です。

【A】契約機関以外で受診される方は、窓口で全額立替払いをお願いします。

(後日、補助金請求書及び下記添付書類提出・受診月より約2か月後、補助支給)

添付書類	・検診を受けた検診機関等の発行した領収証で、検診項目が明記されたもの ・検診結果表の写し※医療機関所定の結果表がない場合、別紙の結果報告書を提出(医師による記入) ※契約健診機関で受診される場合は不要 ・本人名義の通帳またはキャッシュカードのコピー
対象年齢	被保険者45歳以上 ※過去に1度でもポリプ切除等されている場合は対象外です。保健診療にてご受診下
適用頻度	3年に1回利用可
補助金限度額	30,000円まで
受診対象期間	4月～翌年2月、年度内各1回請求可(年度内にご請求ください)
対象検診機関	検診機関・一般医療機関(消化器内科・外科等) 但し、病院等で大腸検査を保険診療(保険証使用)にて受けた検査は、補助対象外です。

【B】契約医療機関で受診される方は、健保の費用補助差額分のみお支払いとなります。

ただし、組織検査(生検)や治療(ポリープ切除等)の保険診療費用は、自己負担となります。

*この申請によって取得する個人情報、当組合の補助金支払事務・健診後の保健指導・統計および分析を目的として利用致します。

*当組合では、契約検診機関で実施された検査内容の確認および、検査結果についての統計・分析のために検診機関より検査結果の報告を受けています。

支 払 金 額 (健保記入欄)	健保記入欄です
--------------------	---------

健 保 利 用	理事長	常務理事	事務長	担当者	保健師
	健保記入欄です				

契約機関にて受診の場合、受診券申請書として、受診日の10日前までに提出が必要です。
受診券申請書の提出期限に間に合うよう余裕をもってご提出ください。※契約外は受診後に補助金請求書として提出

大腸内視鏡検査・大腸CT検査 受診券申請書／補助金請求書

下記4点をご理解・ご承諾の上、本制度をご利用ください。
ご確認されましたら、☒をお願いいたします。

- ☒ ① 自費受診による「大腸内視鏡検査」「大腸CT検査」(大腸がん検診)費用を補助する制度です。
- ☒ ② 便潜血(+)陽性または症状※1)がある方は、保険診療の受診となり、補助対象外です。
※1) 排便時の出血、便が黒っぽい、便が出にくい、便秘と下痢を繰り返す、腹痛など
- ☒ ③ 組織検査(生検)や治療(ポリープ切除等)を実施した場合は保険診療となり、補助対象外です。
保険診療は、標準で、3割が自己負担、7割が健保負担となります。
ただし、検査前の診察・問診・前処置等は自費受診とし、補助対象となります。
- ☒ ④ 「大腸内視鏡検査」「大腸CT検査」と関係がない検査、処置、処方、は、補助対象外となります。

【受診者情報】

令和 〇 年 〇 月 〇 日

記号	1	番号	1234	事業所(会社)名	〇〇株式会社			
フリガナ	ケンボ タロウ			日中連絡できる 電話番号	080-1111-1111			
被保険者氏名	健保 太郎			性別	☒ 男 ☐ 女	年齢	50歳	
				生年月日	昭和 49 年 4 月 1 日			

【受診機関情報】

※年度末時点で45歳以上の方が対象です

機関種別 該当機関へ 〇を記載	☐ 【A】 契約機関以外	☐ 【B】 契約機関	A:検査前問診日	令和 6 年 6 月 1 日
			A・B:本検査実施日	令和 6 年 6 月 20 日
検査メニュー	☒ 大腸内視鏡検査 / ☐ 大腸CT検査			
受診医療機関住所 (【A】の場合記載)	愛知県名古屋〇〇区〇〇 〇丁目〇-〇 〇〇ビル3F			
受診医療機関名	豊健大腸消化器内科・肛門科		TEL	052-000-0000
【A】の場合 検査結果記載 ※結果表写しまたは結果報告書 も併せて添付	☒ 異常なし / ☐ 要経過観察 / ☐ 要精密検査 / ☐ 要治療			
【A】の場合 振込先口座記載	〇〇 銀行	〇〇〇 支店	☒ 普通 当座	
			口座番号	1234567

※本人名義の通帳またはキャッシュカードのコピーを必ず添付してください。

1. 【B】を選択して受診される方は、大腸内視鏡検査・大腸CT検査 受診券申請書／補助金請求書を
受診日の10日前までに提出ください。
2. 受診日当日

【A】【B】の両医療機関とも、受診の際は健康保険証をお持ちください。

【B】は健保発行の「受診券」も必須です。

【A】契約機関以外で受診される方は、窓口で全額立替払いをお願いします。

(後日、補助金請求書及び下記添付書類提出・受診月より約2か月後、補助支給)

添付書類	・検診を受けた検診機関等の発行した領収証で、検診項目が明記されたもの ・検診結果表の写し※医療機関所定の結果表がない場合、別紙の結果報告書を提出(医師による記入) ※契約健診機関で受診される場合は不要 ・本人名義の通帳またはキャッシュカードのコピー
対象年齢	被保険者45歳以上
適用頻度	3年に1回利用可
補助金限度額	30,000円まで
受診対象期間	4月～翌年2月、年度内各1回請求可(年度内にご請求ください)
対象検診機関	検診機関・一般医療機関(消化器内科・外科等) 但し、病院等で大腸検査を保険診療(保険証使用)にて受けた検査は、補助対象外です。

【B】契約医療機関で受診される方は、健保の費用補助差額分のみお支払いとなります。

ただし、組織検査(生検)や治療(ポリープ切除等)の保険診療費用は、自己負担となります。

*この申請によって取得する個人情報は、当組合の補助金支払事務・健診後の保健指導・統計および分析を目的として利用致します。

*当組合では、契約検診機関で実施された検査内容の確認および、検査結果についての統計・分析のために検診機関より検査結果の報告を受けています。

理事長	常務理事	担当者	保健師
-----	------	-----	-----

★契約機関外受診専用★

※医療機関所定の結果表がない場合、こちらを印刷してご利用ください。

記号		番号	
----	--	----	--

↑健康保険組合記載欄

健保発行用紙 『大腸内視鏡検査』・『大腸CT検査』 結果報告書

施設名	
実施内容	大腸内視鏡検査 ・ 大腸CT検査
受診年月日	令和 年 月 日
受診者氏名	
判定	異常なし ・ 要経過観察 ・ 要再検査 ・ 要精密検査 ・ 要治療
医師サイン	印

大腸内視鏡・大腸CT検査 補助制度「手順」

対象： 45歳以上の被保険者（3年毎に1回補助利用可）

★検診補助を受けるかどうか悩んでいる場合は保健師に相談してください★

医療機関を選択します

【A】 健保契約以外の
医療機関
(消化器内科・外科)

※立替払い発生／補助金請求書提出が必要

自覚症状がない「大腸がん検診」として
「大腸内視鏡・大腸CT検査」ができるかを
確認した上で、ご予約ください。

※組織検査(生検)・治療となった場合、
保険診療切替可能かご確認ください。

※基本的に、2回受診が必要となります。
初診は検査前処置等の説明、下剤等処方
2回目の受診が検査日となります。
詳細は医療機関にお問い合わせください。

大腸内視鏡・大腸CT検査補助対
象期間(4月～翌年2月末)を考
慮の上、受診予約してください。

受診前の受診券申請書／補助
金請求書の提出は不要です

受診当日
マイナ保険証や資格確認書
をお持ちください。

領収書等の原本、検査結果表写し(所定
の結果表がない場合は、別紙「結果報告
書」)を添えて、受診券申請書／補助金請
求書を健保へ提出→被保険者の口座へ
自費診療分(上限3万円)を振り込みます。

【B】 契約医療機関
別紙リスト表をご参照

※事前に受診券申請書の提出が必要
選択可能な方は、契約機関での
受診をお勧めします。
(ただし、保険診療は自己負担が発生)

大腸内視鏡検査・大腸CT検査のみ
単独での受診となります。

※組織検査(生検)・治療となった場合、
保険診療で当日実施する場合があります。

※事前来院不要の病院は、検査前処置の説
明等はありません。下剤・洗浄液等は問診
票と一緒に自宅へ郵送。
詳細は各契約機関にお問い合わせください。

受診予約日は、受診券申請書／補助
金請求書の提出日を考え、
2週間ほど先を予約日としてください。

受診10日前までに健保に受診券申請
書／補助金請求書を送付してください。

「受診券」発行・健保よりお渡し

受診当日
受診券及びマイナ保険証や資格確認書
をお持ちください。
費用は健保補助差額分のみ

★★【A】【B】共通事項★★

組織検査(生検)・ポリープ切除など実施の
場合は自費扱いでなく、保険診療になります。

保険診療は、3割が自己負担・7割が健保負
担となり、本制度の補助対象外となります。

STEP1
【検査
予約】

STEP2
【受診券
申請書
の提出】

STEP3
STEP4
初診
検査受診

STEP5
【請求書
等
の提出】