

## 大腸癌検診利用補助金申請書

※太枠のみご記入ください

被保険者の所属		TEL ( )	
受診者氏名	<input type="checkbox"/> 該当にチェック <input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	生年月日	(4月1日現在) 生 満 才
保険証・記号番号	記号	番号(社員番号)	受診日
医療機関	名称： 所在地：		
検診費用	円	受診者負担金	円
指定銀行		口座 NO.	口座名義(カナ)
銀行	支店	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	
上記の通り大腸癌検診を受診しましたので、補助申請します。 被保険者氏名 _____ 印 _____			

- (注) 1 受診対象者 4月1日現在 45, 48, 51, 54, 57, 60, 63歳の被保険者及び被扶養配偶者  
 但し、伊藤忠商事の被保険者はがん健診(定期健診項目を含む)に大腸癌検診が含まれていますので、満45歳と60歳(雇用延長選択者)は対象外です。
- 2 健康保険組合の補助額 上限 31,000円(税込)
- 3 費用補助の対象となるのは保険証を使用しない(10割自己負担)、下部大腸内視鏡観察(または注腸X線検査)にかかる費用のみです。  
検査中、ポリープなどが見つかリ、その場で生検組織検査や内視鏡的手術が実施された場合の費用は全額保険診療(3割自己負担)扱いになり、補助の対象とはなりません。
- 4 医療機関の「領収書」原本(受診者名の記載されたもの)を添付し伊藤忠健康保険組合へ直接ご申請ください。  
 送付先 〒530-0001 大阪府大阪市北区梅田3-1-3 伊藤忠健康保険組合(社内便:ITCKH)
- 5 補助金は健康保険組合よりご指定口座に振り込みます。(毎月10日締、20日支払)

健保組合が記入・処理	(総額)	(受診者負担額)	(健保補助額)
	円 —	円 =	円

※ 本申請書にご記入いただいた情報は、健保組合における被保険者、被扶養者の健康管理と疾病予防、また補助金の精算にのみ利用いたします。