

2025年度 大腸内視鏡検査 補助金申請書(被保険者用)

※領収証(原本)を裏面に添付してください

記入日 年 月 日

▼受診者様の情報をご記入ください

(左詰め)

所属団体コード	7134		記号	<input type="text"/>					
所属団体名称	味の素健康保険組合		番号	<input type="text"/>					
フリガナ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	生年月日 (西暦)	<input type="text"/>					
氏名	(姓)	(名)		<input type="text"/>					
住所	〒	-	都道府県	<input type="text"/>	市区町村	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
日中連絡先	-	-	連絡可能時間帯	午前・午後・いつでも可					

▼補助金の申請内容をご記入ください

申請内容	必ずご記入下さい 検査費用(税込)	補助上限額(税込)
受診内容 <input type="checkbox"/> 大腸内視鏡検査		30,000

申請前にチェックしてください。

- 全額自己負担で支払った。マイナ保険証等を使用した保険診療(自己負担3割)での受診ではない。
- 領収証に「大腸内視鏡検査」を示す記載がされている。
- 実施日が、2025年4月1日から2026年3月31日の期間の領収証であること。
- 申請に必要な書類をすべて準備した。
・補助金申請書(本紙) ・検診結果のコピー ・領収証原本

注意事項

- 以下はすべて補助金申請対象外です。
・マイナ保険証等を使用した保険診療(自己負担3割)で受診した分の医療費
・大腸内視鏡検査中でポリープ切除や病理検査等を行った分の医療費及び大腸内視鏡検査前の血液検査等や検査食事代等の費用
- 立替払いでの補助金申請は大腸内視鏡検査のみ。1人につき年度1回のみ。補助上限額30,000円(税込)。
- 医療機関からの診療報酬明細書(健康保険の適用)の有無を確認する為、受診から4ヶ月以降の支給となります。
- 申請期限:2026年3月31日必着。期限を過ぎた申請には補助金の支給ができません。
2026年3月31日までに申請書が届くように受診スケジュールを組んでください。

株式会社イーウェルにおける個人情報の取り扱いについて

手続きに際しご記入いただきました個人情報は、ご所属団体の指示のもと、お申込みの健康支援サービス提供の目的(健康の保持・増進活動、健診受診勧奨、保健指導等を含む)に利用します。
ここで取得した個人情報は、株式会社イーウェルホームページの「個人情報保護に関する基本方針」、
「個人情報のお取り扱いについて」(<https://www.ewel.co.jp/privacy-policy/>)のほか、下記のとおり取り扱いますので、ご同意のうえ、ご送付ください。

＜お申込みの健康支援サービスご利用における個人情報の取り扱い＞

- ① 株式会社イーウェルは、当該個人情報を保持管理致します。
- ② 株式会社イーウェルから、当該個人情報を所属団体に提供致します。
- ③ 株式会社イーウェルから、所属団体による健診データの分析・解析・管理のため当該個人情報を業務委託先に提供する場合があります。
- ④ 株式会社イーウェルから、特定保健指導のため当該個人情報を保健指導会社に提供する場合があります。

個人情報に関する開示等及び苦情・ご相談は、株式会社イーウェル個人情報お問合せ窓口(E-mail: privacy@ewel.co.jp)までお願い致します。

大腸内視鏡検査 領収証原本貼付台紙

氏名

【領収証原本必須項目】

- ①受診者氏名(フルネーム)
- ②受診年月日
- ③検査費用
- ④大腸内視鏡検査の費用であることを示す記載
- ⑤健診機関の住所・名称・領収印

同型でなくて結構です。必須項目をご確認ください。

の
り
し
ろ

①

領 収 証

②

イーウェル 花子 様

2000年0月0日

③

¥ 18,500

④

但 大腸内視鏡検査費用として
上記正に領収いたしました。

⑤

東京都〇〇区〇〇町1-1-1
イーウェル医院
医院長 イーウェル 太郎

印