2026年度　二次検診(胃・大腸内視鏡検査)費用助成申請書

定期健康診断時に最初から胃・大腸カメラを受診した方や
二次検診実施後の結果確認や再検査などは助成対象外です。

年　　月　　日　申請

事業所名	所属事業所を〇で囲んでください(出向者は出向元) 東北電力㈱ ・ 東北電力NW㈱ ・ 関係会社 ・ 任意継続	記号	番号	受診者氏名
所　属				ﾌﾘｶﾞﾅ
電話番号				
メールアドレス				

受診者生年月日	西暦　　年　　月　　日　(　　歳　)

二次検診対象項目	二次検診受診医療機関名	二次検診受診年月日	申請額（不明な場合は空欄）
胃内視鏡検査		西暦　年　月　日	円
大腸内視鏡（CT）検査		西暦　年　月　日	円
※大腸CT検査を実施した方のみ記入	☐ 医師の指示等により内視鏡検査ではなくCT検査を実施 ※審査時，当組合にて病院へ確認を行います。 (　指示の詳細：　) ☐ 簡便で苦痛が少ない等の理由で大腸CT検査を実施　⇒　**助成対象外**		
		申請額	円

【助成概要】

1. 対象者　**当組合の被保険者**で，**事業主が実施する2026年度定期健康診断の結果で，胃・大腸の二次検診(精密検査)が必要と判定され，判定から6ヶ月以内に受診した方**

※2026年度分の健康診断であれば，2026年1月～3月実施分も対象となります。

※「経過観察」や「要注意」等の判定は対象外ですが，産業医等の指示により二次検診を実施し，その内容を書面で確認できる場合は助成いたします。

2. 助成対象検査　胃内視鏡検査(胃カメラ)ならびに大腸内視鏡検査(大腸カメラ)に限ります。

※大腸の二次検診は，原則内視鏡検査ですが，医師の指示等で受診したCT検査も助成対象となる場合があります。なお，簡便で苦痛が少ないから・内視鏡検査の予約が取れない等の理由で受診したCT検査は助成対象外です。(審査の為，病院へ確認を行います。)

※助成はそれぞれ年度内1回に限ります。

※助成対象の詳細項目については，当組合ホームページをご覧ください。

3. 助成金額　内視鏡検査に付随した保険診療分全額（一部助成対象外検査項目有）

※診療内容について当組合より医療機関等へ問い合わせをすることがあり，その回答に応じて助成額を決定いたします。申請内容に誤りがあった場合は，当組合で修正いたしますが，修正内容・金額について，個別ご連絡はいたしませんのでご了承ください。

4. 添付書類　(1) 二次検診の対象となったことがわかる定期健康診断結果のコピー
(書面で確認がとれない場合は，助成いたしません。)
(2) 領収証(原本)
(3) 診療明細書(原本)　} ※原則，領収書と診療明細書は返却いたしません。

※上記添付書類は，申請書の裏面にホチキス留めをして提出してください。

5. 提出締切　**2027年3月12日（金）　健保組合必着**

6. 提出先　〒980-8550　宮城県青葉区本町1-7-1　東北電力健康保険組合　保健事業G