

2025年度 胃カメラ受診費用補助申請書

村田製作所健康保険組合

※健康保険記号番号は、マイナポータル等でご確認ください。

申請者氏名 (被保険者)		健康保険 記号番号	—
事業所名 (会社コード)		所属コード	
氏名コード		受診日	年 月 日
今年度の 対象年齢	該当する年齢に○（記載年齢以外の方は補助対象外です） ※ 年度末(2026年3月31日時点) 年齢 35歳 ・ 40歳 ・ 45歳 ・ 50歳 ・ 55歳 ・ 60歳		

※申請日以降に退職予定の方は振込先口座をご記入ください <社員（被保険者）名義のみ> 定年後、再雇用の方は記入不要です

金融機関名	支店名	種別	口座番号	口座名義	口座名義（カナ）
		普通			

申請前にご確認ください (☑を入れてください)

- 今年度の健診結果（HM-neo）で胃がんリスク判定をご自身で確認し、補助対象であることを確認しましたか
- 領収書の宛名は社員（被保険者）氏名ですか (例：健保 太郎)
- 胃カメラの検査代のわかる領収書(原本)と診療明細書(原本)を、申請書の裏面にのり付けしましたか

◆ 補助金の支給について

在職中の方は、給与の健保付加金で支給します（退職後は上記に記入いただいた口座へ振り込みます）
補助金額は給与明細の『健保付加金欄』でご確認ください。申請後、支給まで2ヶ月程度かかります
領収書は一切お返しできませんのでご了承ください

※ 補助対象外のリスク判定であることが判明した場合、補助金を返還いただきます。

提出先	社内メール便	郵送
	MMC本社 MK8400 胃カメラ担当 宛	〒617-8555 京都府長岡京市東神足1-10-1 村田製作所健康保険組合 胃カメラ担当 宛

【健保組合記入欄】

- 補助金支給額 円
- 補助金支給月 月 給与
- 不

R7.4

受付印	
承認	健保担当