契約外機関　受診用

決裁	常務理事	事務長	事務次長	担当	

振込年月日　　年　　月　　日　　支給額　　円

（被保険者　本人用）健診費用補助金申請書

※ご家族分は「（被扶養者 ご家族用）」を使用してください。計算方法が異なります。
※任意継続被保険者本人は「（任意継続被保険者　本人用）」を使用してください。計算方法が異なります。
※健診における「満年齢」については「年度末（翌年3月末日）時点の年齢」とする。

被保険者の	記号	番号	氏名	
1.受診者生年月日	年　月　日（満年齢　歳）			
2.受診機関（病院）名				
3.健診種別（該当するものに☑）	☐ 人間ドック（満35歳以上対象）		☐ 生活習慣病健診（全員対象）	
オプション項目（該当するものに☑） ※PSA・子宮体がん・骨密度検査は満50歳以上	☐ 乳がん（マンモ・エコー何れか1つ）	☐ 子宮がん ※体がん満50歳以上（頸がん・体がん何れか1つ）	☐ 前立腺がん（PSA）（満50歳以上対象）	
	☐ 骨密度検査（満50歳以上対象）		☐ ピロリ菌検査	
4.健保請求額	円　※下欄で算出した健保請求額をご記入下さい。			
5.受診日	年　月　日　※本年4月1日～3月31日までの受診のみ対象			
6.受領委任欄	＊受領委任欄は記入例の通り必ず記入してください。未記入の場合は返却し、再提出をお願いいたします。			

本申請書に基づく保健事業に関する受領を事業主に委任します。　事業主名

被保険者氏名　　提出年月日　　年　　月　　日

☑して下さい →　☐ 裏面「特定健康診査の検査項目表」にて全項目が含まれていることを確認のうえ申請します。

【申請手続要領】

①補助（健保請求）額　一人年1回

領収書金額
円

＊オプション青字は満50歳以上対象

乳がん（マンモ・エコー何れか1つ）検査料金実費（上限4,400円）	子宮がん（頸がん・体がん何れか1つ）検査料金実費（上限4,400円）	前立腺がん（PSA）検査料金実費（上限3,300円）	骨密度検査検査料金実費（上限3,300円）	ピロリ菌検査検査料金実費（上限3,300円）
A　円	B　円	C　円	D　円	E　円

領収書金額―（A＋B＋C＋D＋E）＝Y
円

人間ドック（上限44,000円）（自己負担額　13,200円）	生活習慣病健診（上限24,200円）
Y―44,000＋13, 200＝自己負担総額　円	Y―24,200＝自己負担総額　円
Y―自己負担総額＝Z　円	Y―自己負担総額＝Z　円
Z×1/2＝事業所折半額　円	Z×1/2＝事業所折半額　円
事業所折半額＋A＋B＋C＋D＋E＝健保請求額　円	**事業所折半額＋A＋B＋C＋D＋E＝健保請求額**　円

◎補助金項目以外の自費検査や処方箋薬代等がある場合は、その金額を差し引いた額を支給します。

【提出上の注意】
次頁の検査項目表に記入をし、両面または片面2枚で印刷の上提出をしてください。

②補助金申請方法　以下1.～3.の書類を必ず添付の上、健保組合へ提出。
1.医療機関発行の領収書（＋あれば領収明細書）（原本）　2.受診結果表（コピー）　3.問診表（コピー）

【対象期間】 本年4月1日～3月31日受診分まで（資格喪失日以降の受診は対象になりません）
【提出期限】 翌年4月10日健保必着　※対象期間外・提出期限を過ぎたものについては、受付できません。

特定健康診査の検査項目表

必ず、健診結果表と照合のうえチェック☑してください。

	チェック欄	特定健康診査項目
基本項目 一つでも未受診の場合、健保組合からの費用補助は受けられません。	□	問診表（既往歴・喫煙習慣を含む）
	□	自他覚症状（＊理学的所見） ＊医師の判定・その他文章で記載しているもの
	□	身長
	□	体重
	□	腹囲
	□	BMI
	□	血圧
	□	肝機能（AST（GOT））
	□	肝機能（ALT（GPT））
	□	肝機能（γ-GT（γ-GTP））
	□	脂質（中性脂肪（トリグリセリド））
	□	脂質（HDLコレステロール）
	□	脂質（LDLコレステロール またはNonHDLコレステロール）
	□	血糖（空腹時血糖またはHbA1C）
	□	尿糖
	□	尿蛋白
詳細な健診の項目 （医師の判断により実施）	□	心電図
	□	眼底
	□	貧血
	□	クレアチニン・eGFR

※上記の特定健診項目をチェックし、全ての特定健診項目が含まれていることを必ず確認してください。
※特定健診項目が1つでも未受診の場合、健保組合からの費用補助は受けられません。
※健診費用は全額、窓口での立替払いになります。
※被保険者が契約健診機関以外で受診する際の健診項目詳細は事業所にご確認ください。