

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

DM三井製糖グループ健康保険組合 御中

(任意継続被保険者 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。

※事業所に勤務する本人は「(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☑)	<input type="checkbox"/> 人間ドック(満35歳以上対象)		<input type="checkbox"/> 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☑)	<input type="checkbox"/> 乳がん (マンモ・エコー何れか1つ)	<input type="checkbox"/> 子宮がん ※体がん満50歳以上 (頸がん・体がん何れか1つ)	<input type="checkbox"/> 前立腺がん(PSA) (満50歳以上対象)
※PSA・子宮体がん・骨密度検査は満50歳以上	<input type="checkbox"/> 骨密度検査(満50歳以上対象)		<input type="checkbox"/> 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		
☑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】 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)=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	Y-24,200=自己負担総額			
円	円			
Y-自己負担総額+A+B+C+D+E =健保請求額	Y-自己負担総額+A+B+C+D+E =健保請求額			
円	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。

①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(もしくは任継満了日)まで

【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回してください。

	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。	<input type="checkbox"/>	問診表(既往歴・喫煙習慣を含む)
	<input type="checkbox"/>	自他覚症状(*理学的所見) *医師の判定・その他文章に記載しているもの
	<input type="checkbox"/>	身長
	<input type="checkbox"/>	体重
	<input type="checkbox"/>	腹囲
	<input type="checkbox"/>	BMI
	<input type="checkbox"/>	血圧
	<input type="checkbox"/>	肝機能(AST(GOT))
	<input type="checkbox"/>	肝機能(ALT(GPT))
	<input type="checkbox"/>	肝機能(γ -GT(γ -GTP))
	<input type="checkbox"/>	脂質(中性脂肪(トリグリセリド))
	<input type="checkbox"/>	脂質(HDLコレステロール)
	<input type="checkbox"/>	脂質(LDLコレステロール またはNonHDLコレステロール)
	<input type="checkbox"/>	血糖(空腹時血糖またはHbA1C)
	<input type="checkbox"/>	尿糖
<input type="checkbox"/>	尿蛋白	
詳細な健診の項目 (医師の判断により実施)	<input type="checkbox"/>	心電図
	<input type="checkbox"/>	眼底
	<input type="checkbox"/>	貧血
	<input type="checkbox"/>	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。