契約外機関　受診用

※3.問診表（コピー）のない方は、
申請書一覧より「標準的な質問票」を提出してください

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 8888	番号 00000	氏名	健保　太郎
1.受診者生年月日	1970 年　12 月　13 日（満年齢　52　歳）			
2.受診機関（病院）名	○○○○クリニック			
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☑）	☐ 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）	
※PSA・子宮体がん・骨密度検査は満50歳以上	☐ 骨密度検査（満50歳以上対象）		☐ ピロリ菌検査	
4.健保請求額	27,500　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。

ここに☑。
裏面の項目にも☑があるか確認してください

保険証新規発行廃止に伴い、被保険者の記号・番号は、「資格情報のお知らせ／マイナポータル」で確認できます。

【申請手続要領】　補助（健保

領収書金額
50,000

＊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　3,300　円	D　円	E　円

領収書金額―（A＋B＋C）＝Y　46,700　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―4	Y―24,200＝自己負担総額　22,500　円
Y－自己負担総額＋A＋B＋ E ＝健保請求額　円	Y－自己負担総額＋A＋B＋C＋D＋E ＝健保請求額　27,500　円

ここの「健保請求額」が上段の「4. 健保請求額」となります

◎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☑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。