

# 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

## (被扶養者 ご家族用)健診費用補助金申請書

※任意継続被保険者の被扶養者(ご家族)もこちらの様式をお使いください。

※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。

被保険者の健康保険証	記号 00000	番号 00000	氏名 健保 太郎
1.受診者氏名	健保 花子 (続柄 妻)		
2.受診者生年月日	1980年 12月 13日 (満年齢 42歳)		
3.受診機関(病院)名	〇〇〇〇クリニック		
4.健診種別(該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> 人間ドック(満40歳以上対象)		<input checked="" type="checkbox"/> 家族健診(全員対象)
オプション項目(該当するものに☑)	<input checked="" type="checkbox"/> 乳がん(マンモ・エコー何れか一つ)	<input checked="" type="checkbox"/> 子宮がん	<input type="checkbox"/> 前立腺がん(PSA) (満50歳以上対象)
5.健保請求額	33,000 円 ※下欄で算出した健保請求額をご記入下さい。		
6.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

領収書金額 50,000 円	ここに☑。裏面の項目にも☑があるか確認してください	
乳がん(マンモ・エコー何れか一つ) 検査料金実費(上限4,400円) A 4,400 円	子宮がん 検査料金実費(上限4,400円) B 4,400 円	前立腺がん(PSA) 検査料金実費(上限3,300円) C 円
領収書金額-(A+B+C)=Y 41,200 円		
人間ドック(上限24,200円) (自己負担) Y-24,200=自己負担総額 17,000 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。	
Y-自己負担総額+A+B+C=健保請求額 円	Y-自己負担総額+A+B+C=健保請求額 33,000 円	

【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日受診分まで(資格喪失日もしくは任継満了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 checked="" type="checkbox"/>	問診表(既往歴・喫煙習慣を含む)
	<input checked="" type="checkbox"/>	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
	<input checked="" type="checkbox"/>	身長
	<input checked="" type="checkbox"/>	体重
	<input checked="" type="checkbox"/>	腹囲
	<input checked="" type="checkbox"/>	BMI
	<input checked="" type="checkbox"/>	血圧
	<input checked="" type="checkbox"/>	肝機能(AST(GOT))
	<input checked="" type="checkbox"/>	肝機能(ALT(GPT))
	<input checked="" type="checkbox"/>	肝機能( $\gamma$ -GT( $\gamma$ -GTP))
	<input checked="" type="checkbox"/>	脂質(中性脂肪(トリグリセリド))
	<input checked="" type="checkbox"/>	脂質(HDLコレステロール)
	<input checked="" type="checkbox"/>	脂質(LDLコレステロール またはNonHDLコレステロール)
	<input checked="" type="checkbox"/>	血糖(空腹時血糖またはHbA1C)
	<input checked="" type="checkbox"/>	尿糖
<input checked="" type="checkbox"/>	尿蛋白	
詳細な健診の項目  (医師の判断により実施)	<input checked="" type="checkbox"/>	心電図
	<input checked="" type="checkbox"/>	眼底
	<input checked="" type="checkbox"/>	貧血
	<input checked="" 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。