

オプション検査補助金申請書（年度内1回のみ申請可能）

保険証記号－番号	-	申請年月日	令和 年 月 日
被保険者(社員)氏名		受診者氏名	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 ※いずれかにチェック
被保険者の社員番号 ※任意継続者の場合は不要		※在籍中の社員・配偶者の場合は記入不要 任意継続者のみ記入 振込希望の銀行口座	銀行 支店 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 普通 口座番号()
※社員(配偶者を含む)は翌月給与「本社控除欄」にて支給			

今年度受診された健康診断について、ご記入ください。

社員	<input type="checkbox"/> 会社の定期健康診断 <input type="checkbox"/> 人間ドック
配偶者／任意継続者	<input type="checkbox"/> 特定健診 <input type="checkbox"/> 人間ドック <input type="checkbox"/> パート先での健診 ※パート先での健診に☑を入れた場合、裏面に結果をすべて記入して提出してください
受診日	令和 年 月 日 医療機関名

申請するオプション検査内容について、ご記入ください。

検査名	検査内容	結果 ※部位ごとに、異常なし/要検査・受診/その他(経過観察等)を記入	受診日	金額(税込)	オプション検査を受診した医療機関名等
記入例1) 市がん検診(胃)	<input checked="" type="checkbox"/> 胃がん <input type="checkbox"/> 肺がん <input type="checkbox"/> 大腸がん <input type="checkbox"/> 乳がん <input type="checkbox"/> 子宮がん <input type="checkbox"/> その他 ()	胃:要受診	5/10	¥3,140	ナイスクリニック
記入例2) 婦人科セット	<input type="checkbox"/> 胃がん <input type="checkbox"/> 肺がん <input type="checkbox"/> 大腸がん <input checked="" type="checkbox"/> 乳がん <input checked="" type="checkbox"/> 子宮がん <input checked="" type="checkbox"/> その他 (骨密度)	乳 :要精密検査 子宮 :来年の受診時まで経過観察 骨密度:異常なし	5/10	¥5,400	想創病院
	<input type="checkbox"/> 胃がん <input type="checkbox"/> 肺がん <input type="checkbox"/> 大腸がん <input type="checkbox"/> 乳がん <input type="checkbox"/> 子宮がん <input type="checkbox"/> その他				
	<input type="checkbox"/> 胃がん <input type="checkbox"/> 肺がん <input type="checkbox"/> 大腸がん <input type="checkbox"/> 乳がん <input type="checkbox"/> 子宮がん <input type="checkbox"/> その他				
	<input type="checkbox"/> 胃がん <input type="checkbox"/> 肺がん <input type="checkbox"/> 大腸がん <input type="checkbox"/> 乳がん <input type="checkbox"/> 子宮がん <input type="checkbox"/> その他				
	<input type="checkbox"/> 胃がん <input type="checkbox"/> 肺がん <input type="checkbox"/> 大腸がん <input type="checkbox"/> 乳がん <input type="checkbox"/> 子宮がん <input type="checkbox"/> その他				
	<input type="checkbox"/> 胃がん <input type="checkbox"/> 肺がん <input type="checkbox"/> 大腸がん <input type="checkbox"/> 乳がん <input type="checkbox"/> 子宮がん <input type="checkbox"/> その他				

●制度概要

当健保に加入する被保険者(社員)および扶養配偶者が人間ドック、健康診断を受診した場合同一年度に受診した疾病予防のための検査(各種がん検診や脳ドック・肺ドック等)について受診者1名に対し、検査実費(領収金額)のうち上限15,000円までを補助します。
※ただし、被保険者(社員)のうち年度内に40・45・50・55・60になる方は上限40,000円

●注意事項

- ・オプション検査は、複数の健診機関で受診されても構いません。
- ・市区町村の補助を利用した場合も自己負担額については申請できます。
- ・簡易的な人間ドックや健康診断バック費用は、申請できません。
- ・補助金額は、金銭の授受が伴う金額をもとに判断し、ポイント支払い分は補助の対象外となります。
- ・**自費(10割)負担した検査のみが対象です。**

※保険適用で受診(マイナ保険証や資格確認書を使用して受診・3割負担の金額で支払い)した場合は、補助金支給の対象外となります。

- ・受診した検査項目分の領収書の原本(写し不可)を裏面に糊付けしてください。

領収書には、受診された方の氏名、検査項目及び内訳を記載してもらってください。

- ・**申請は年度内1回限りです。**毎月月末までに到着した申請に対し、健康診断や人間ドックの受診確認ができた翌月に給与口座に振込みます。

申請書の提出期限は、N年4月1日～N+1年3月31日に受診したものについてN+1年4月30日到着分までとします。

提出先 〒230-8571 横浜市鶴見区鶴見中央4-33-1 ナイスビル7階
ナイスグループ健康保険組合

オプション検査の合計金額

円

※合計金額が上限額未満の方へ

申請は年度内1回限りのため、今回支給手続きをすると残りの金額の権利は消滅しますがよろしいですか？
よろしければ☑を入れてください⇒ 承知した

※健保組合使用欄

給付額

円

領収書貼付欄

スペースが足りない場合は、はみ出しても構いません。

パート先の健診結果記入票（特定健診・人間ドックを受診していない配偶者のみ）

◆社員の方、特定健診・人間ドックを受診した配偶者の方は記入不要です。

◆以下すべての項目をご記入願います。未記入項目がある場合は、申請を受付できません。

（「中性脂肪」は空腹時、随時いずれか一つでも可。「血糖」は空腹時、HbA1c、随時のうちいずれか一つでも可。「尿検査」は女性の場合は省略可。）

必須項目		回答欄	
健診年月日（記入漏れにご注意ください）		年	月 日
健診機関名称			
医師氏名			
質問 必須 項目	血圧を下げる薬の使用の有無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
	インスリン注射又は血糖を下げる薬の使用の有無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
	コレステロール又は中性脂肪を下げる薬の使用の有無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
	たばこを習慣的に吸っている <small>条件①最近1ヶ月間吸っている 条件②生涯で6か月以上吸っている、 または合計100本以上吸っている</small>	<input type="checkbox"/> はい(条件①②の両方を満たす) <input type="checkbox"/> いいえ(上記以外)	<input type="checkbox"/> 最近1ヶ月は吸っていない (条件②のみを満たす)
所見	既往歴		
	自覚症状		
	他覚症状		
身体 計測	身長		cm
	体重		kg
	腹囲・BMI	腹囲 cm	BMI <input type="checkbox"/> 妊産婦
血圧	最高血圧（収縮期血圧）		mmHg
	最低血圧（拡張期血圧）		mmHg
血中 脂質	空腹時中性脂肪（食後10時間以上）		mg/dl
	随時中性脂肪（食後3.5時間以上10時間未満）		mg/dl
	HDLコレステロール		mg/dl
	LDLコレステロール		mg/dl
	NON-HDLコレステロール		mg/dl
肝 機能	GOT（AST）		IU/l
	GPT（ALT）		IU/l
	γ-GTP（γ-GT）		IU/l
血 糖	空腹時血糖（食後10時間以上）		mg/dl
	HbA1c		%
	随時血糖（食後3.5時間以上10時間未満）		mg/dl
尿 検 査	尿中の糖 女性の場合、省略可	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+ <input type="checkbox"/> 4+以上	<input type="checkbox"/> 排尿障害等
	尿中の蛋白 女性の場合、省略可	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+ <input type="checkbox"/> 4+以上	<input type="checkbox"/> 排尿障害等
総合所見／評価／コメント			