

## 人間ドック補助金申請書(契約外病院で受診の場合)

### 1.申請者(被保険者)

健康保険の記号-番号	-	申請日	年 月 日
被保険者の氏名		被保険者の社員番号	

### 2.利用者(35歳以上の被保険者もしくは被扶養配偶者)

利用者の氏名		生年月日	年 月 日
人間ドック料金		受診日	年 月 日

### 3.確認欄(添付したものに☑)

<input type="checkbox"/> 領収書の原本	<input type="checkbox"/> 特定健診データ(XML)のCD	※特定健診データ(XML)作成不可の場合に限る <input type="checkbox"/> 下記検査項目が全て記載されている結果表のコピー
---------------------------------	--	---

### 【注意事項】

※ 下記の検査項目を満たさない場合には補助対象になりませんので、必ず受診してください。  
(一般的な健康診断や市民健診は補助の対象外です)

<p>&lt;日帰り人間ドックの基準検査項目&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 既往症の調査および質問票</li> <li>● 自覚・他覚症状の検査</li> <li>● 身体測定 身長、体重、BMI、腹囲</li> <li>● 生理 血圧、標準12誘導心電図、眼底検査、視力検査、肺機能検査</li> <li>● X線他 胸部X線、胃部X線、腹部超音波</li> <li>● 生化学 総蛋白、A/G、アルブミン、クレアチニン、尿酸、総コレステロール、GOT、GPT、γ-GTP、ALP、血糖、HbA1c</li> <li>● 血液学 赤血球、白血球、血色素、ヘマトクリット、血小板数、MCV、MCH、MCHC</li> <li>● 血清学 CRP、HBs抗原</li> <li>● 尿 蛋白半定量、尿糖、潜血、比重</li> <li>● 便 潜血</li> </ul>
---

※ 申請される場合は申請書(本紙)に記載のうえ、特定健診データ(XMLデータ)と領収書(原本)を添付してください。領収書には受診日・受診者(個人名であること)の記載があることを要件とします。

※ 特定健診データ(XML)の作成に費用がかかる場合には立替えて頂き、領収書に「特定健診データ作成料」と明記してもらってください。本データの作成費用については健康保険組合にて負担します。

※ 当健保組合で契約している健診機関で人間ドックを受診した場合、すでに補助金を差し引いた金額での窓口精算となるため、本紙の提出は不要です。

※ 補助金額は、人間ドック費用の半額で、かつ上限を20,000円とします。

※ 補助金は給与口座にお振込みいたします(月末締切 ⇒ 翌月給与支給時にあわせて振込)。

健保組合使用欄		受付印
担当者	補助金額	