

人間ドック補助金申請書(契約外病院で受診の場合)

注意事項を了承し、下記のとおり人間ドック補助金を申請します。

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	円	受診日	年 月 日
受診した健診機関名			

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)のCD作成不可の場合 <input type="checkbox"/> 下記検査項目すべての結果を裏面に記入して提出
---------------------------------	--	---

【注意事項】

※下記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、事前に健診機関へご確認のうえ、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)

※特定健診データ(XML)のCDの添付が無い場合、裏面にすべての結果を記入してください。未記入項目がある場合は補助対象になりません。

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

※ 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かつ上限を20,000円とします。なお、人間ドック費用は金銭の授受が伴う金額をもとに判断し、ポイントで支払った分は補助の対象外となります。

※ 補助金は給与口座にお振込みいたします。(毎月月末までに到着した申請を、翌月給与にあわせて振込)。

※ 提供された健診結果は、当健保組合が実施する保健事業に利用します。

健保組合使用欄	受付印
補助金額	

人間ドック検査結果記入票(特定健診データ(XML)のCDの添付が無い場合のみ)

◆特定健診データ(XML)のCDを添付した方は、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。
(「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。)

分類	検査項目	結果記入欄
問診	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か 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	<input type="checkbox"/> はい(条件①②の両方を満たす) <input type="checkbox"/> 最近1ヶ月は吸っていない(条件②のみ満たす) <input type="checkbox"/> いいえ(上記以外)
	既往歴	
	自覚症状	
	他覚症状	
身体測定	身長	. cm
	体重	. kg
	BMI	. kg/m ²
	腹囲	. cm (<input type="checkbox"/> 妊産婦 該当する場合は✓)
生理機能検査	血圧	最高(収縮期)血圧: mmHg / 最低(拡張期)血圧: mmHg
	標準12誘導心電図	判定: / 所見:
	心拍数	. bpm
	眼底検査	判定: / 所見:
	眼圧検査	右: mmHg / 左: mmHg
	視力検査	右: / 左:
	聴力検査	右: dB / 左: dB
	肺機能検査(呼吸機能検査)	判定: / 所見:
画像・超音波検査	胸部X線	判定: / 所見:
	胃部X線 or 胃部内視鏡検査	判定: / 所見:
	腹部超音波	判定: / 所見:
生化学検査	総蛋白	. mg/dL
	アルブミン	. mg/dL
	クレアチニン	. mg/dL
	eGFR	. mg/dL
	尿酸	. mg/dL
	総コレステロール	. 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
	中性脂肪	. mg/dL (<input type="checkbox"/> 空腹時 <input type="checkbox"/> 随時 どちらかに✓)
	総ビリルビン	. mg/dL
	GOT(AST)	. U/L
	GPT(ALT)	. U/L
	γ-GTP	. U/L
	ALP	. U/L
	空腹時血糖 or 随時血糖	. mg/dL (<input type="checkbox"/> 空腹時 <input type="checkbox"/> 随時 どちらかに✓)
HbA1c	. %	
血液学検査	赤血球	. 万U/L
	白血球	. U/L
	血色素(ヘモグロビン)	. g/dL
	ヘマトクリット	. %
	MCV	. fL
	MCH	. pg
	MCHC	. g/dL
	血小板数	. 万U/L
血清学検査	CRP定量	. mg/dL
	HBs抗原 ※省略可	. IU/mL
尿検査	尿蛋白 ※女性の場合は省略可	<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
	尿糖 ※女性の場合は省略可	<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
	尿潜血 ※女性の場合は省略可	<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
便検査	便潜血	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> + / 所見: