

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|  |  |

## 人間ドック〔契約外〕補助金請求書

|             |          |          |
|-------------|----------|----------|
| 被保険者証の記号・番号 | 事業所名     |          |
| —           |          |          |
| 被保険者氏名      | 被保険者の住所  |          |
| ④           | 〒        |          |
| 受診者氏名       | 生年月日     | 被保険者との続柄 |
|             | 昭和 年 月 日 | 本人 ・ 家族  |

|           |          |        |   |   |
|-----------|----------|--------|---|---|
| 健診<br>受診日 | 平成 年 月 日 | 実施機関名  |   |   |
| 人間ドック費用   | 円        | 健保記入欄※ | 円 | 円 |
| 乳房検査費用    | 円        |        | 円 | 円 |
| 子宮頸部細胞診費用 | 円        |        | 円 | 円 |
| P S A 費用  | 円        |        | 円 | 円 |

※欄は記入しないでください。

**<質問票> 必ずご回答ください。**

|   |   |       |        |
|---|---|-------|--------|
| 1 | 現在、以下の薬を服用していますか  |       |        |
|   | a 血圧を下げる薬   | 1. はい | 2. いいえ |
|   | b インスリン注射又は血糖を下げる薬  | 1. はい | 2. いいえ |
|   | c コレステロールを下げる薬  | 1. はい | 2. いいえ |
| 2 | 現在、たばこを習慣的に吸っていますか  | 1. はい | 2. いいえ |
| 3 | 下記疾患の既往歴がある場合は <input checked="" type="checkbox"/> をしてください  |       |        |
|   | ① 脳卒中 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> くも膜下出血 <input type="checkbox"/> 脳内出血 <input type="checkbox"/> その他 ( ) |       |        |
|   | ② 心臓病 <input type="checkbox"/> 狭心症 <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 <input type="checkbox"/> その他 ( )                                 |       |        |
|   | ③ <input type="checkbox"/> 慢性の腎不全 (人工透析)  |       |        |
|   | ④ <input type="checkbox"/> 貧血   |       |        |
| 4 | 自覚症状がある場合はご記入ください [ ]   |       |        |

**【添付書類】**

1.健診機関発行の領収書の原本（請求書の裏面に糊付けしてください。）

2.人間ドック結果表の写し

※健診結果表に下記項目の記載があるかご確認ください。

記載のない場合は補助の対象となりませんので受診者が確認のうえ、ご記入ください。

健康診断を実施した医師の氏名 [ ]

腹囲 [ cm]

**【備考】**

※健保記入欄

|     |   |               |   |  |
|-----|---|---------------|---|--|
| 補助額 | 円 | 特定健診<br>部分の金額 | 円 |  |
|-----|---|---------------|---|--|

請求期限は 受診年度の翌年度 5 月末日健保組合に必着 です。

## 人間ドックの補助金請求について

健診の予約（実施）の前に「健康診査等補助金支給規程」と「人間ドック実施細則」をご一読ください。

◇ 下記事項についてご確認のうえ、補助金の請求をしてください。

|          |  |
|----------|--|
| 健診実施時の注意 | <ol style="list-style-type: none"> <li>「特定健診項目を含む組合指定検査項目」が全て実施可能な健診機関であること。</li> <li>日本国内の健診機関であること。</li> </ol>   |
| 添付書類     | <ol style="list-style-type: none"> <li>健診機関発行の領収書の原本で下記の記載があるもの。 <ol style="list-style-type: none"> <li>特定健診部分の金額</li> <li>追加検査項目を併せて受診した場合は「追加検査項目」と「その項目ごとの金額」記載がなく、正当な理由がない場合は補助の対象となりません。 <ul style="list-style-type: none"> <li>◎「乳がん検診」等の検診種別ではなく、「マンモグラフィー」等の検査項目の記載が必要です。</li> </ul> </li> </ol> </li> <li>健診結果表の写しで下記の項目があるもの。 <ul style="list-style-type: none"> <li>「特定健診項目を含む組合指定検査項目」のある人間ドック結果表</li> </ul> </li> </ol> |
| 補助金支給方法  | この請求による補助金は、事業所を經由して支払います。<br>(任意継続被保険者は指定口座に直接振り込みます。)  |
| 補助金支給制限  | <p>次のいずれかに該当する場合は、補助の対象となりません。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>受診日に組合員資格を有していない。</li> <li>受診する年度内（4月1日から翌年3月31日）に年齢が34歳以下。</li> <li>この人間ドックを受診する以前、同年度内（4月から翌年3月）に「生活習慣病健診」「人間ドック」のいずれかを受診し補助を受けている。</li> <li>2日（1泊）ドックを受診した。</li> <li>受診前日からの飲食制限を守らなかった。</li> <li>妊婦の方（腹囲実測、胸部X線、胃部X線撮影等三井健保の指定検査項目が受診できないため）</li> <li>請求期限（翌年度5月末日健保必着）を過ぎて提出されている。</li> <li>添付書類に不備がある。</li> </ol>                                    |

☆ 添付書類を再度ご確認ください。（下記事項がない場合は補助の対象となりません。）

| 添付書類  | 確認項目                     | <input checked="" type="checkbox"/> チェック欄 |
|-------|--------------------------|---|
| 健診結果表 | ①「総合判定」または「医師の判断（所見）」    | <input type="checkbox"/>                  |
|       | ②「他覚症状」等の内科診察の所見         | <input type="checkbox"/>                  |
|       | ③「健康診断を実施した医師の氏名」        | <input type="checkbox"/>                  |
|       | ④「腹囲」                    | <input type="checkbox"/>                  |
| 領収書   | ① 受診者の氏名（会社名のみは不可）       | <input type="checkbox"/>                  |
|       | ② 追加検査項目を受けた場合は検査項目ごとの内訳 | <input type="checkbox"/>                  |

『個人情報』についての詳細はホームページをご覧ください。