

【短期人間ドック補助金】 請求時提出書類について

任継用

【補助対象】

実施年度中に40歳以上（その年度中に40歳になる方は、実施日に39歳でも支給対象）になる被保険者及び被扶養配偶者のうち、**当組合に特定健診データの提供をした者**が支給対象となります。

※ただし、脳ドックなどの検査により、提供に必要な検査項目を満たしておらず、特定健診データを提供できない場合は除きます。

- ・ 県内外問わず、どこかの医療機関で実施しても構いません
- ・ 短期人間ドック(1泊2日)及び半日・日帰りドック、脳ドック、一般の健康診断等でも請求できます
- ・ 各種人間ドックのオプション検査等を受けても上限額の40,000円（税込）までは補助の対象となります（例：腫瘍マーカー・乳がん検診・子宮がん検診・骨密度検査等）
※ 健康保険が適用される検査等の場合は、補助金の請求はできません

【補助金額】

年度に1回、上限40,000円（上限に満たない場合は、その額が補助金額になります）

【提出書類】

- ① 【任継用】短期人間ドック補助金請求書（様式2）
- ② 領収書原本（受診者氏名、「人間ドック代」等の記載があるもの）
※ 【図1】にて必要な添付書類を確認してください
- ③ 特定健診実施結果送付書
- ④ 特定健診内容表（任継者⇒健保組合）・・・結果を書き写してください

【注意点】

- ・ 「年度」の期間は「4月1日から翌年3月31日まで」となります
- ・ 同一年度内で複数の検査を実施する場合は、年度内のすべての検査が終了した後に、まとめて請求してください
- ・ 年度の途中で任継に加入する場合、資格は以前からの継続とみなしますので、任継加入前に加入年度分の補助金を請求した方は、任継加入後、同一年度分の請求はできませんのでご注意ください（年度2回目の請求は、補助の対象とはなりません）
- ・ 「様式2」の下部にある請求明細書は請求内容になりますので全てご記入ください
※ 記入漏れの場合は返戻いたします
- ・ 口座名義は、銀行へ届け出た名義をご記入ください

様式2

常務理事	部長	課長	係長	係

短期人間ドック補助金請求書

令和 年度
千葉県医業健康保険組合 様

令和 年 月 日

任 継

郵便番号	〒
住所	
氏名	(印)
電話番号	

下記のとおり短期人間ドックを実施したので請求いたします

※決定欄には記入しないでください

種 目	件 数	合 計 (一 人 当 たり 上 限 40,000 円)
短期人間ドック	件	円
※決定欄	件	円

補助金振込口座	銀行								支店
種 別	普通	・	当座	口座番号					
(フリガナ)									
口座名義									

※添付書類

- ・領収書原本(宛名が受診者本人名のもの)
→ 領収書に記載されている内容が要件を満たさない場合は別途書類が必要です
- ※年度に1回、実施年度中に40歳以上になる被保険者及び被扶養配偶者
(その年度中に40歳になる者は、実施日に39歳でも支給対象とする)
- ※振込口座は、被保険者本人の口座で、銀行へ届け出た名義をご記入ください

受付目付印

短期人間ドック補助金請求明細書

※受診者が「配偶者」の場合は、配偶者欄へチェックを入れてください

事業所記号 8000

項番	配偶者	証番号	受診者氏名	性別	生年月日	年齢	実施年月日	領収書の金額
1								円
2								円
3								円
4								円
5								円

特定健診実施結果送付書(任継者)

事業所記号 8000

〒 ー

任継者住所

〃

氏 名

電話番号

〒 ー

健診機関所在地

健診機関名称

電話番号

令和 年 月実施分

↓受診者が「家族」の場合は、家族欄へチェックを入れてください

	家族 (被扶養者)	被保険者番号	受診者氏名	人間ドックの検査結果 を使用している (使用⇒○を付ける)
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
合計			名	

受付日付印

特定健診内容表(任継者⇒健保組合) ※「健診結果のグレー部分」は記入不要です 【令和2年度 以降版】

条件の欄

○は必須項目

●はいずれかの項目の実施で可

検査15: 優先順位 ①空腹時血糖(食後10時間以上)→②HbA1c →③随時血糖(食後3.5時間以上10時間未満)

□は医師の判断に基づき選択的に実施する項目

「貧血検査」・「心電図」・「眼底検査(両目)」の検査を実施した場合は、医療保険者に対して理由が必要です

↓受診者が「家族」の場合は、家族欄にチェックを入れてください

保険証記号・番号	受診者氏名	家族	性別	生年月日			実施年月日				
8000 —	フリガナ		男・女	昭和	年	月	日	令和	年	月	日

	検査項目	条件	健診結果						
1	身長	○	cm						
2	体重	○	kg						
3	BMI	○	kg/m2						
4	腹囲	○	cm						
5	既往歴	○	1. 特記事項あり	2. 特記事項なし					
	具体的な既往歴								
6	自覚症状	○	1. 特記事項あり	2. 特記事項なし					
	自覚症状所見								
7	他覚症状	○	1. 特記事項あり	2. 特記事項なし					
	他覚症状所見								
8	血圧 (収縮期)	○	mmHg						
	(拡張期)	○	mmHg						
9	中性脂肪	○	mg/dl						
10	HDLコレステロール	○	mg/dl						
11	LDLコレステロール	●	mg/dl						
	Non-HDLコレステロール	●	mg/dl						
12	GOT(AST)	○	U/l						
13	GPT(ALT)	○	U/l						
14	γ-GTP(γ-GT)	○	U/l						
15	空腹時血糖(10時間以上)	●	mg/dl						
	HbA1c(NGSP値)	●	%						
	随時血糖(3.5時間以上10時間未満)	●	mg/dl						
16	尿糖	○	M	F	1.-	2.±	3.+	4.++	5.+++
17	尿蛋白	○	M	F	1.-	2.±	3.+	4.++	5.+++
18	貧血検査								
	ヘマトクリット値	□	%						
	血色素量(ヘモグロビン値)	□	g/dl						
	赤血球数	□	万/mm3						
19	貧血検査実施理由	□							
	心電図(安静時)	□	1. 所見あり		2. 所見なし				
	心電図所見	□							
20	心電図実施理由	□							
	眼底検査(両目)	□							
20	眼底検査(両目)実施理由	□							

	検査項目	条件	健診結果
21	血清クレアチニン値	□	mg/dl
	eGFR	□	ml / min / 1.73m2
22	医師の総合判定	○	人間ドック結果表のとおり
23	診断を実施した医師の氏名	○	

質問項目	条件	回 答
a. 血圧を下げる薬を使用していますか	○	① はい ② いいえ
b. インスリン注射又は血糖を下げる薬を使用していますか	○	① はい ② いいえ
c. コレステロールを下げる薬を使用していますか	○	① はい ② いいえ
現在たばこを習慣的に吸っていますか※	○	① はい ② いいえ

※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、「合計100本以上、又は6ヶ月以上吸っている者」であり、最近1ヶ月間も吸っている者

◎ 11:LDLコレステロール については、中性脂肪が400mg/dl以上又は食後採血の場合はNon-HDLコレステロールの測定に代えられます

◎ 16:尿糖、17:尿蛋白 は必須項目です。必ず実施してください。ただし、次のケースは【 M 】または【 F 】を選択してください。
 【M：未実施】＝検査予定であったが検体を採取できない場合や受診者の事情により検査を行う事が適切ではないと考えられた場合
 【F:測定不可能】＝検体採取後何らかの理由により(凝固、量が不足など)検査ができなかった場合

◎ メタボリックシンドローム判定・保健指導レベル判定 は、組合で行います