

健康
使用
欄

常務理事	事務局長	事務局次長	課長	係長	係	資格 照合	起案	・
							決裁	・
決定額		¥ _____				摘要		
内 訳		特定健診 @ × , @ × , @ × , @ × , 計						
		がん検診 @ × , @ × , @ × , @ × , 計						
		A B C検査 @ × , @ × , @ × , @ × , 計						

特定健康診査及び健診時同時がん検診・胃の健康度検査補助金支給申請書

受診年月日	令和 年 月 日			・対象年齢は、健診年度末3月31日時点です。
受診機 関	所在地			特定健康診査(40歳以上の男女) 人
	名称			大腸がん検診(35歳以上の男女) 人
	電話番号	TEL		前立腺がん検診(50歳以上の男性) 人
		() -		胃がん検診(35歳以上の男女) 人
受診に要した費用	円 (税込)		肺がん検診(35歳以上の男女) ※注1 人	
				乳がん検診(35歳以上の女性) 人
				子宮がん検診(20歳以上の女性) 人
				胃の健康度検査(対象年齢の男女) ※注2 人
川口工業健康保険組合 理事長 殿				※注1 定期健康診断(安衛則第43条・第44条)における胸部X線は除外となります。
上記のとおり実施したので、関係書類を添えて申請します。				※注2 35歳から70歳までの5歳刻みを対象とする。
令和 年 月 日				
事業所証記号 _____				
事業所所在地 _____				
事業所名 _____				
事業主氏名 _____				
				●押印廃止に伴う確認欄 (確認後、確認欄に✓をご記入下さい。)
				<input type="checkbox"/> 本申請については、本人(被保険者)は、承認している。

【注】 補助金申請に関しては、次のとおりです。

- ◆ この用紙で申請できる対象は、任意の医療機関で事業主健診に該当する健診を、被保険者の方が受診した場合です。
- ◆ **特定健康診査の補助については、右表の『特定健康診査必須項目』を満たしていない場合は、補助の対象外となります。**
- ◆ 申請の**提出期限は健診年度末3月31日**組合必着です。
(受診した年度内に申請してください)

◎ 添付書類 ◎

- ① 健診機関発行の請求明細書(内訳)の写し
 - ② 健診機関発行の領収書(必ず事業所名の入ったもの)の写し
※ ネットバンキング等で支払をした場合は、支払いをした証明。
 - ③ 健診結果の写し・・・実施した検査の詳細と数値などがわかるもの(結果全部のコピー)
 - ④ 別紙の受診者名簿(必ず保険証の番号順に記入をして下さい。)
 - ⑤ 当健保組合用の『質問票』(国への報告や特定保健指導等の資料とするもの)
- ★ XMLデータ(受診機関にて作成)の添付にご協力をお願いいたします。
令和5年度からXMLデータ作成料を支給いたします。
対象：40歳から74歳までの方で特定健診必須項目を受けられた方
(一人当たり上限500円まで、補助額に満たない場合は実費額までの補助)
※データ作成料の総費用より100円未満切捨て
(例)一人当たりのXMLデータ作成料316円(税込)×20名=6,320円(税込)⇒補助額6,300円
- ※ XMLデータの作成には、補助金の対象となるがん検診項目等を含む健診項目すべてをデータ作成の旨、医療機関等へご依頼願います。
XMLデータ添付の場合は、③健診結果の写しと⑤質問票を省略することができます。
なお、組合でXMLデータの内容を確認した際、補助金対象の検査項目不足分については別途紙での健診結果(写し)をお願いする場合があります。予めご了承ください。

特 定 健 診 必 須 項 目	質問票(服薬歴、喫煙歴等) 身体計測(身長、体重、BMI、腹囲) 理学的検査(身体診察) 血圧測定 尿検査(糖、蛋白) 血液検査 <脂質>中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール <糖代謝>HbA1cまたは血糖 <肝機能>GOT、GPT、γ-GTP
-----------------	--

受付印

- ◎ 補助額上限は、1人につき特定健康診査分5,000円、 同時がん検診分5,000円
胃の健康度検査分2,000円となります。(いずれも100円未満切捨て)
- ◎ この申請による補助金は、事業所指定口座に振込みます。
- ◎ 個人情報につきましては、当健保組合の個人情報保護管理規程に則り管理され、目的以外に使用することは致しません。
- ◎ また、生活改善の必要な方には、保健指導業務委託業者から保健指導のご案内をいたしますので、ご了承の上受診願います。