

平成30年度 人間ドック等健診 補助金支給申請書(本人・配偶者)

イオン健康保険組合理事長殿

申請日 平成 年 月 日

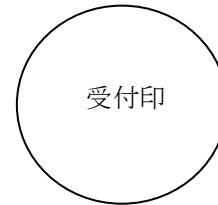
※私は、人間ドック等健診を全額自費で受診しましたので、下記のとおり申請いたします。

被 保 険 者 （ 請 求 者 ） 記 入 欄	記号・番号							会社名 部室店名	
	被保険者氏名	Ⓜ						日中連絡がとれる 電話番号(店舗等)	勤務先： 携帯等：
	受診者氏名							受診者 生年月日	年 月 日
	受診日	平成	年	月	日	支払った金額			円
	振込先 (被保険者の口座) ※ゆうちょ銀行不可	銀行・信金	本・支店	口座 番号 (普)	フリガナ		口座名義		
<p>*「人間ドック等健診受診券」を添付できない場合、下記の該当する理由に✓点でチェックのうえ誓約の署名捺印をお願いいたします。(契約健診機関にて「人間ドック等健診受診券」を窓口で提出の上、健診を受診した場合は、補助を受けたこととなりますので、この申請は必要ありません。)</p> <p><input type="checkbox"/> 紛失してしまったため</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ()</p> <p>平成30年度人間ドック等健診補助金の申請は、今回が初めてです。補助金の申請は、平成30年度人間ドック等健診の受診期間において1回限りとなっていることは了承しております。万一、このために生じた損害額については、全額責任をもって貴組合へ返還することを誓約いたします。</p> <p style="text-align: right;">被保険者署名： Ⓜ</p>									

注 意 事 項	<p>①受診対象者：平成30年4月1日現在、当健康保険組合に加入している 平成31年3月31日現在40歳以上(昭和54年3月31日以前生まれ)の被保険者と被扶養配偶者</p> <p>②受診期間：平成30年4月1日～平成31年1月31日</p> <p>③提出期限：平成31年2月28日(イオン健康保険組合必着)</p> <p>④提出書類：a. この用紙(補助金支給申請書) (b～dの書類を左上にクリップ止)</p> <p>b. 「特定健康診査受診結果通知表」 もしくは電子データ(健診機関発行のXML形式の健診結果データ(CD、FD))</p> <ul style="list-style-type: none">・健診機関へ予約時に電子データの発行もしくは「特定健康診査受診結果通知表」の記入を依頼して下さい。(※文章料、データ発行料等は自己負担となります。)・「健康診断報告書」「人間ドック健診結果表」等では補助金のお支払は一切できません。 <p>c. 領収書の原本(レシート不可)(返却はいたしません)</p> <ul style="list-style-type: none">・宛名は受診者名のこと、会社名は不可。・特定健診・人間ドック等の費用が明記されていること。 <p>d. 「平成30年度人間ドック等健診受診券」</p> <p>⑤振込み：原則、毎月20日迄に受理した申請書については、翌月5日の振込みとなります。尚、記入もれや添付書類のもれ等がありますと振込みが遅れる場合もありますのでご注意ください。(5日が金融機関休業日の場合は翌営業日以降の振込みとなります)</p> <p>※ 被保険者で乳がん・子宮がん検診補助制度を利用する場合は、「乳がん・子宮がん検診補助金支給申請書」にて申請願います。 ※ ゆうちょ銀行への振込みはおこなっておりません。</p> <p>※ 資格喪失後の受診は補助金支給対象外となります。※保険診療として受診した場合は補助金支給対象外となります。</p> <p>※ 提出いただきました書類の返却は行いません。必要な場合は写しをおとり下さい。</p>
------------------	--

<イオン健康保険組合手続き欄> 資格取得日 . . . 資格喪失日 . . .

支給決定伺				補助金	出納日印
常務理事	事務長	課長	係		
				円	



■ 特定健康診査と定期健康診断の健診項目

保険者(健保組合)の実施する健診 事業主(会社)の実施する健診

(健診項目)		(基準となる法令等)	
		高齢者医療確保法 特定健康診査及び特定保健指導の実 施に関する基準(厚生労働省)	労働安全衛生法 (労働安全衛生規則第44条)
		特定健康診査	定期健康診断
身体計測	身長	○	○
	体重	○	○
	BMI	○	○
	腹囲	○	○
診察	業務歴		○
	既往歴	○	○
	自覚症状	○	○
	他覚症状	○	○
血圧等	血圧(収縮期/拡張期)	○	○
生化学検査	中性脂肪	○	■
	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※	○	○
	AST(GOT)	○	■
	ALT(GPT)	○	■
	γ-GT(γ-GTP)	○	■
	血清クレアチニン検査	□	□
	eGFR	□	□
血糖検査	空腹時血糖	●	●
	HbA1c	●	●
	随時血糖	●	●
尿検査	尿糖	○	○
	尿蛋白	○	○
血液学検査	ヘマトクリット値	□	
	血色素量[ヘモグロビン値]	□	■
	赤血球数	□	■
生理学検査	心電図	□	■
	胸部エックス線検査		○
	喀痰検査 (ガフキー)		□
	視力		○
	聴力		○
	眼底検査	□	
医師の判断	医師の診断(判定)	○	○
	医師の意見		○
質問票	服薬(血圧を下げる薬)	○	○
	服薬(インスリン注射又は血糖を下げる薬)	○	○
	服薬(コレステロールを下げる薬)	○	○
	既往歴(脳卒中、脳出血、脳梗塞等)	☆	○
	既往歴(心臓病、狭心症、心筋梗塞等)	☆	○
	既往歴(腎不全)	☆	○
	貧血	☆	
	喫煙	○	○
	20歳からの体重変化	☆	
	30分以上の運動習慣	☆	
	歩行又は身体活動	☆	
	歩行速度	☆	
	咀嚼	☆	
	食べ方1(早食い)	☆	
	食べ方2(就寝前)	☆	
	食べ方3(間食)	☆	
	食習慣(朝食)	☆	
	飲酒	☆	
	飲酒量	☆	
	睡眠	☆	
生活習慣の改善	☆		
保健指導の希望	☆		

○…必須項目

□…医師の判断に基づき選択的に実施する項目

●…いずれかの項目の実施で可

■…35歳及び40歳以上の者については必須項目、それ以外の者については
医師の判断に基づき選択的に実施する項目

☆…情報を入手した場合に限り医療保険者に報告する項目

※中性脂肪(血清トリグリセライド)が400mg/dl以上である場合又は食後採血の場合は、
LDLコレステロールに代えてNon-HDLコレステロール(総コレステロールからHDL
コレステロールを除いたもの)で評価を行うことができる。

特定健康診査受診結果通知表 (定期健康診断結果含む)

(表面)

保険者番号 06120661

イオン健康保険組合

TEL 043-212-6048

健康保険被保険者証	記号	番号	
フリガナ		生年月日	年 月 日
氏名		性別/年齢	男・女 歳
		特定健康診査受診券番号	健診年月日 年 月 日
			集合契約ではないため不要

既往歴					
服薬歴	血圧を下げる薬 インスリン注射又は血糖を下げる薬 コレステロールを下げる薬	はい はい はい	いいえ いいえ いいえ	現在、たばこを習慣的に吸っている	はい・いいえ
自覚症状					
他覚症状					

項	目	基準値	今	前	前々
			回	回	回
			年 月 日	年 月 日	年 月 日
身体計測	身長 (cm)				
	体重 (kg)				
	腹囲 (cm)				
	B M I				
血圧	収縮期血圧 (mmHg)				
	拡張期血圧 (mmHg)				
血中脂質検査	中性脂肪 (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)				
肝機能検査	G O T (U/l)				
	G P T (U/l)				
	γ - G T P (U/l)				
血糖検査 <small>(いずれかの項目の実施で可)</small>	空腹時血糖 (mg/dl)				
	ヘモグロビンA1c (%)				
	随時血糖 (mg/dl)				
尿検査	糖				
	蛋白				
貧血検査	赤血球数 (万/mm ³)				
	血色素量 (g/dl)				
	ヘマトクリット値 (%)				

* 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る

(裏面)

心電図検査	所見				
眼底検査	所見				
血清クレアチニン検査	血清クレアチニン値 (mg/dl)				
	eGFR (ml/min/1.73m ²)				
視力	右				
	右 (矯正)				
	左				
	左 (矯正)				
聴力 (所見の有無)	右 (1000Hz)				
	右 (4000Hz)				
	左 (1000Hz)				
	左 (4000Hz)				
胸部レントゲン	所見				

※被保険者(会社に勤務のもの)につきましては、「心電図検査」「視力」「聴力」「胸部レントゲン」は必ず実施いただきますようお願いいたします。

メタボリックシンドローム判定	基準該当/予備群該当/非該当		
----------------	----------------	--	--

医師の判断	
判断した医師の氏名	

健診機関(病院)名			
健診機関(病院)住所	〒	(都道府県)	(市・区)
保険医療機関番号(10桁)		電話番号	

(備考)

- この用紙は、日本工業規格A列4版とすること。
- 「性別」の欄は、該当しない文字を抹消すること。
- 基準値を外れている場合には、「*」を測定結果欄に記入すること。
- 「メタボリックシンドローム判定」の欄は、「基準該当/予備群該当/非該当」を記入すること。
- 「医師の判断」の欄は、
 - ①特定健康診査の結果を踏まえた医師の所見
 - ②貧血検査、心電図検査及び眼底検査及び血清クレアチニン検査を実施した場合の理由を記入すること。

受診される方へ

(「受診される方へ」及び「健診機関(病院)の方へ」の内容を必ずご確認ください)

- ① この「特定健康診査受診結果通知表」は、人間ドック等健診を全額自己負担で受診し、イオン健康保険組合に補助金を申請する際に、添付が必要となります。
- ② この「特定健康診査受診結果通知表」を、受診の際(前)に、健診機関(病院)に提出し、作成を依頼してください。
※当該健診機関において受診する健診が、「特定健康診査」を含んだ健診であることの事前確認が必要です。
- ③ 健診機関(病院)が「特定健康診査受診結果通知表」等を作成する際に手数料が発生する場合がありますが、その費用を含めた健診総費用に対し、補助金額上限までは当健保組合負担、補助金額上限を超えた費用は、ご本人様負担となります。
- ④ この用紙は健保組合提出用であり、会社提出用ではありませんのでご注意ください。
※会社が実施する「定期健診」は、「特定健康診査」とは健診項目が異なります。詳細は会社にご確認ください。

健診機関(病院)の方へ

(ご面倒をおかけいたしますがご協力をお願いいたします)

- ① 貴機関にて、特定健康診査を含んだ人間ドックや特定健康診査等を受診した場合に、受診者の「特定健康診査結果」の確認のため、この「特定健康診査受診結果通知表」の作成をお願いいたします。
- ② この用紙に代えて、各健診機関様独自の様式での作成となる場合には、この用紙と同じ内容のもの(厚生労働省指定の「特定健康診査受診結果通知表」に準拠した内容のもの)であれば結構です。(特定健康診査結果を含んでいても人間ドック健診結果表等での代替は不可としております)
- ③ 特定健康診査結果報告について、厚生労働省指定の電子データ様式(XML形式)にて対応されている健診機関様におきましては、この「特定健康診査受診結果通知表」に代えて電子データ(CD-R等)にて作成いただければ幸いです。
- ④ 上記書類またはデータを作成するにあたり、別途費用が発生する場合は、健診費用にあわせ受診者にご請求ください。