

人間ドック利用補助金申請書

(39歳未満の受診者 申請用)

※太枠のみご記入ください

被保険者の所属		TEL()	
受診者 氏名	該当にチェック <input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 (4月1日現在) 年 月 日 生/満 才
	記号	番号(社員番号)	受診日
保険証・記号番号		平成	年 月 日
医療機関	名称: 所在地:		
健診 費用 (税込)	基本健診	円	骨密度検診(35,45,55歳対象) 円
	子宮癌	円	その他オプション検診(受診者負担) 円
	乳癌	円	合計 円
上記の通り人間ドックを受診しましたので、補助申請します。			
被保険者氏名			印

- 注 ① 健診の種類は日帰りドックに限ります。基本健診(健康管理室の定めた項目)及び婦人科検診(子宮癌、乳癌検診(エコー・マンモのどちらか一方))を受診できます。
- ② 上記以外の追加オプション検診は受診者負担です。
- ③ 医療機関の「領収書」原本(受診者名及び基本健診・オプション料金明細の記載されたもの)を添付し、伊藤忠健康保険組合へ直接ご申請ください。

送付先 〒530-0001 大阪府大阪市北区梅田3-1-3 伊藤忠健康保険組合

- ④
- 「人間ドック健診結果」(被保険者のみ)は、健康管理室へ提出ください。(任意継続は除く)**

- ⑤ 受診者負担金(年齢は4月1日現在)

対象者		受診者負担	
被 保 険 者	満35歳以上	全 員	5.3万円を超える額
	満30歳～34歳	31歳,33歳	1万円及び5.3万円を超える額
被 扶 養 者	配偶者	全 員	5.3万円を超える額
	その他	奇数年齢	1万円及び5.3万円を超える額

- ⑥ 補助金は健康保険組合よりご指定口座へ振り込みます。(毎月10日締、20日払)

指定銀行		口座 NO.	口座名義(カナ)
銀行	支店	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	

健保組合が 記入・処理	(総 額)	(受診者負担額)	(健保補助額)
	円-	円 =	円

※ 本申請書にご記入いただいた情報は、健保組合における被保険者、被扶養者の健康管理と疾病予防、また補助金の精算にのみ利用いたします。

生活習慣病健診(人間ドック)基本健診及び婦人科検診項目

* 下線は特定健診項目(必須項目)

1. 問診 服薬歴及び喫煙習慣
2. 身体計測 身長・体重・体脂肪率・BMI・腹囲
3. 身体診察 自覚症状及び他覚症状の有無の検査
4. 視力検査
5. 聴力検査 1000HZ、4000HZ
6. 胸部 X線検査
7. 血圧測定
8. 末梢血液一般検査
9. 肝・腎機能検査AST(GOT)、ALT(GPT)、 γ -GTP、ALP、TP、クレアチニン
10. 血中脂質検査 総コレステロール、HDLコレステロール、LDLコレステロール
トリグリセライド
11. 尿検査 糖、蛋白、潜血
12. 心電図検査(安静時)
13. 上部消化管エックス線検査
14. 腹部超音波検査
15. 糖尿病検査 空腹時血糖、ヘモグロビンA1c
16. 血清尿酸検査
17. HBs抗原・抗体検査、HCV抗体検査
18. CRP検査
19. 梅毒血清反応検査
20. PSA検査(45歳以上の男性)
21. 眼底検査
22. 糞便検査(潜血)
23. 子宮癌検診(内診、子宮頸部細胞診)
24. 乳癌検診(視触診及びエコーまたはマンモグラフィー)

※(17)HBS抗体検査は、医師の判断で省略できる。

※(21)眼底検査に眼圧検査を加えることができる。

※(23)子宮頸部細胞診、(24)乳癌検診は受診者の任意とする。