

## 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
保険証・記号番号	記号 番号(社員番号)	受診日	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
振込先銀行		口座 NO.	口座名義(カナ)
銀行	支店	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	
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(エコーか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。(毎月10日締、20日払)  
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 (社内便:ITCKH)
- 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。**

## 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	6万円を超える額
	満30歳～34歳	31歳,33歳	1万円及び6万円を超える額
被扶養者	配偶者	全 員	6万円を超える額
	その他	奇数年齢	1万円及び6万円を超える額

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)

- |   |  |
|---|--|
| <u>1. 問診</u>                                | <u>服薬歴及び喫煙習慣</u>   |
| <u>2. 身体計測</u>                              | <u>身長・体重・体脂肪率・BMI・腹囲</u>   |
| <u>3. 身体診察</u>                              | <u>自覚症状及び他覚症状の有無の検査</u>  |
| 4. 視力検査                                     |  |
| 5. 聴力検査                                     | 1000HZ、 4000HZ   |
| 6. 胸部 X 線検査                                 |  |
| <u>7. 血圧測定</u>                              |  |
| <u>8. 末梢血液一般検査</u>                          |  |
| <u>9. 肝・腎機能検査</u>                           | <u>AST (GOT)、ALT (GPT)、<math>\gamma</math>-GTP、ALP、TP、クレアチニン</u> |
| <u>10. 血中脂質検査</u>                           | <u>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</u>                 |
| <u>11. 尿検査</u>                              | <u>糖、蛋白、潜血</u>   |
| <u>12. 心電図検査（安静時）</u>                       |  |
| 13. 上部消化管エックス線検査または胃カメラ検査                   |  |
| 14. 腹部超音波検査                                 |  |
| <u>15. 糖尿病検査</u>                            | <u>空腹時血糖、ヘモグロビン A1c</u>  |
| 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）                       |  |
| <u>21. 眼底検査</u>                             |  |
| 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（エコーまたはマンモグラフィ）※健診機関によっては視触診も行われます。 |  |

※（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。