

健康診査（契約外）補助金申請書【個人払用】

東京土建国民健康保険組合理事長 殿

以下の欄へ記入してください。組合員氏名の欄には記名・押印または署名してください。

記号	91-	番号		組合員氏名	印
受診年月日	年	月	日	受診者氏名	

下記の質問(問診)票に回答してください。(あてはまる番号に○印をつけてください)

1. 血圧を下げる薬を服用していますか。	1. はい	2. いいえ
2. インスリン注射または血糖を下げる薬を服用していますか。	1. はい	2. いいえ
3. コレステロールを下げる薬を服用していますか。	1. はい	2. いいえ
4. 現在、たばこを習慣的に吸っていますか。	1. はい	2. いいえ
5. 今までにかかった病気はありますか。【既往歴】	1. はい	2. いいえ
【1. はいと答えた方は以下の当てはまるものに○印をつけてください。】		
1. 高血圧 2. 糖尿病 3. 脂質異常症 4. 狭心症 5. 心筋梗塞 6. 脳梗塞 7. 痛風 8. 貧血		
9. 肝臓病 10. 腎臓病 11. 胃潰瘍 12. ぜん息 13. その他()		
6. 病気と思われる症状はありますか。【自覚症状】	1. はい()	2. いいえ
7. 医師から指摘された症状はありますか。	1. はい()	2. いいえ

《申請に必要な添付書類》

- 健康診査受診券(右に貼付)
- 領収書(個人名宛のもの)のコピー
- 健診結果票・問診票のコピー

《補助される金額》

- ・特定健診の項目のみ 5,000 円
- ・特定健診の項目+胸部レントゲン 7,000 円

※窓口負担額が上記金額以下の場合、自己負担額までとなります。

《注意事項》

- ・特定健診の必須項目を必ず受診してください。
- ・健診を受診した年度から国保組合提出まで 8 月 25 日を経過すると時効となり、補助金を受けられません。

【個人情報の取扱いについての確認事項】

健康診査結果及び問診票の個人情報は、被保険者の生活習慣や健康状態等を分析し、健康増進活動に活用します。また、被保険者の健康増進の取り組み・職業病予防・労災認定促進等を目的とする場合に限り、支部や研究機関等に、特定保健指導（個別健康サポート）の対象者の情報を保健対策推進委員に提供する場合があります。

※上記の個人情報の取扱いに同意して健康診査を受診する場合は、受診者氏名欄に署名をお願いします。

同意しない場合は、東京土建国民健康保険組合の補助金の対象から除外されます。

国保記入欄

基本	円	窓口	円	追加	円	合計	円
----	---	----	---	----	---	----	---

支部受付	国保受付

資格	給付	送金	通知	入力	確認

決 裁	課長	係長

受診券貼付

契約外の健診機関で健診を受診する際のお願い

①補助金対象者

※国保組合に加入する組合員と19歳以上の家族が補助の対象となります。

※特定健診の必須項目が含まれている健診を受診していること。

(腹囲測定の未実施、食後3.5時間未満の血糖検査は検査項目不足となり、補助金を受けられません。)

②補助金を申請するとき

下記の書類を揃えて、所属の支部に提出してください。

- 健康診査(契約外)補助金申請書【個人払用】※支部にあります。
- 健康診査受診券 ※保険証から切り離してください。
- 健診結果票のコピー
- 領収書のコピー ※個人名宛のもの

③補助される金額

◆特定健診のみ **5,000円までの実費**

◆特定健診+胸部レントゲン **7,000円までの実費**

※健診機関でお支払した金額で差額が発生した分はすべて自己負担となります。

④支払日

毎月25日までに国保組合に到着した申請を、翌月21日(休日の場合翌営業日)にお振込みします。

⑤申請期限

国保組合への申請期限は健診を受診した年度から翌年8月25日までとなります。

(↓切り取って、健診機関へ渡してください↓)

＜特定健診検査項目＞ を必ず実施してください。

☞領収書に記載された金額の内訳として、**特定健診の検査項目部分(右表参照)の金額**を記載してください。

☞保険証についている**受診券は切り取らない**でください。

☞**集合契約での受診ではありません。**自費による受診となりますので、健診費用はご本人に請求してください。

特定健診検査項目	
質問票	服薬歴、喫煙歴、既往歴等
身体計測	身長、体重、BMI、腹囲
血圧測定	収縮期、拡張期
理学的検査	身体観察(自覚症状、他覚症状)
尿検査	尿糖、尿蛋白
血液検査	・脂質検査 【中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール】 ・血糖検査【空腹時血糖またはHbA1c】 ※血糖検査は食後10時間以上の空腹時血糖または食後3.5時間以上の随時血糖での実施をお願いします。 ※直食後の場合はHbA1cの実施をお願いします。 ・肝機能検査【AST(GOT)、ALT(GPT)、 γ -GTP】