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】

※国保組合ホームページからダウンロードするか、所属の支部でお求めください。

□健康診査受診券 ※資格確認書または資格情報のお知らせ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、健診を受診した月の翌年（受診が1～3月の場合は当年）9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。

☞資格確認書または資格情報のお知らせについている**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 【空腹時中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール】 ※中性脂肪検査は食後10時間以上の空腹時中性脂肪または食後10時間未満の随時中性脂肪での実施をお願いします。 ・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。 ※食直後の場合はHbA1cの実施をお願いします。 ・肝機能検査【AST（GOT）、ALT（GPT）、γ-GT（γ-GTP）】
医師の診断	医師の診断および指示、医師名

【お問い合わせ】東京土建国民健康保険組合 健康増進課　電話03(5348)2982

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。組合員氏名および受診者氏名の欄には署名してください。

記号	91-			番号						組合員氏名(署名)	
受診年月日	年　　月　　日									受診者氏名(署名)	

下記の質問(問診)票に回答してください。(あてはまる番号に〇印をつけてください)

1. 血圧を下げる薬を現在使用していますか。	1. はい		2. いいえ
2. 血糖を下げる薬、又はインスリン注射を現在使用していますか。	1. はい		2. いいえ
3. コレステロールや中性脂肪を下げる薬を現在使用していますか。	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。 ※「現在、習慣的に吸っている」とは、①最近 1 カ月間吸っている②生涯で 6 カ月間以上吸っている又は合計 100 本以上吸っている、を両方満たすこと。	1. はい	2. 最近 1 カ月間は吸っていない	3. 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〇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

【個人情報の取扱いについて】

健診結果等の個人情報は、被保険者の健康増進事業の実施を目的とする場合に限って国保組合が委託する機関(保健指導実施機関・研究機関・支部等)に提供します。くわしくは、個人情報保護方針(ホームページ掲載)をご確認ください。

※当申請をされる場合は、上記の個人情報の取扱いに同意の上、必ず組合員氏名欄及び受診者氏名欄にご署名ください。

同意されない場合は補助金を受けられません。

申請に必要な添付書類　※本申請書(署名・記入したもの)と以下の①～③を添付の上、ご所属の支部にご提出ください。

①　受診者の健康診査受診券(右下に貼付)　②受診者の健診結果票のコピー　③領収書(受診者宛のもの)のコピー

補助される金額

特定健診項目のみ　5,000 円までの実費

特定健診項目＋胸部レントゲン検査　7,000 円までの実費

注意事項

特定健診の必須項目を必ず受診してください。また、健診を受診した月の翌年(受診が 1～3 月の場合は当年)9 月 25 日までに所属の支部を通じて、国保組合に申請してください。これを過ぎると、時効となり補助金を受けられません。

支部受付	国保受付	入力	確認
決裁(課長)	決裁(係長)	送金	通知
補助決定額		円	

受診券貼付