

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。

☞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 【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