

事業所健保担当者 殿

35歳以上 被保険者 人間ドック健保補助金申請書

被保険者証 記号-番号	000 - 0000000	被保険者氏名	東レ 太郎
		2023年3月末時点年齢	45 歳

ドック健診費用	45,000円	補助額	円
乳がん検診費用	円	補助額	円
子宮頸がん検診費用	円	補助額	円

(注) セット料金(婦人科コース等)で乳がん・子宮頸がん検診単独料金が明確でない場合は、費用補助対象外。

喫煙習慣		服薬	
有・ <input checked="" type="radio"/> 無		血圧	<input checked="" type="radio"/> 有・無
既往歴 (脳卒中、心臓病、腎不全、貧血等)		血糖	有・ <input checked="" type="radio"/> 無
有・ <input checked="" type="radio"/> 無		脂質	有・ <input checked="" type="radio"/> 無

* **喫煙習慣の有無・服薬(血圧・血糖・コレステロールを下げる薬等使用)の有無・既往歴の有無について、どちらかを○で囲ってください。**

1. 特定健診項目の基本的な健診項目全てが揃っていないものは補助対象外です
2. 領収書(本紙)と特定健診基本項目結果(数値・問診・医療機関名・医師名)を必ず添付してください
※国内受診に限る。
3. 受診期間は2022年4月～2023年3月、それ以外無効
4. 保険診療の受診は対象外です
5. 請求の締め切りは2023年3月末日(東レ健保組合必着)
6. 翌年度支払不可

* 切り取らず A 4 サイズで提出してください。

特定健診基本項目一覧表

区 分	内 容	
基本的な健診の項目	問診(服薬及び喫煙習慣の有無)	
	既往歴、自覚症状及び他覚症状	
	身体計測	身長
		体重
		腹囲
		BMI
	血圧	収縮期血圧
		拡張期血圧
	血中脂質検査	中性脂肪
		HDL-コレステロール
		LDL-コレステロール ※1
	肝機能検査	AST(GOT)
		ALT(GPT)
		γ-GTP
血糖検査 (いずれかの項目で可)	空腹時血糖 ※2	
	ヘモグロビンA1c	
尿検査	糖	
	蛋白	
医師(詳細判断診)による項目	貧血検査	赤血球数
		血色素量
		ヘマトクリット値
	心電図検査	
	眼底検査	
	血清クレアチニン検査	

※1 中性脂肪が400mg/dl以上もしくは食後採血の場合は、non-HDLコレステロールでも可

※2 やむを得ず空腹時以外においてHbA1cを測定しない場合かつ食直後を除いた場合、随時血糖による検査が可。