

事業所健保担当者 殿

35歳以上 被扶養者健診 健保補助金申請書（巡回健診以外受診者用）

（注）巡回型・施設型健診を受診された方は、こちらの申請はできません。

| | | | | |
|----------------|----------------|--------------|-------|--|
| 被保険者証 記号-番号 | 000 - 00000000 | 被保険者氏名 | 東レ 太郎 | |
| | | 被扶養者氏名 | 東レ 花子 | |
| | | 2023年3月末時点年齢 | 45歳 | |

| | | | |
|-----------|---------|-----|---|
| 健診費用 | 28,000円 | 補助額 | 円 |
| 乳がん検診費用 | 5,000円 | 補助額 | 円 |
| 子宮頸がん検診費用 | 4,500円 | 補助額 | 円 |

（注）セット料金（婦人科コース等）で乳がん検診・子宮頸がん検診の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 | | 血压 | 有・ <input checked="" type="radio"/> 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（血压・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○で困ってください。**

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
- * 2023年3月末時点で40歳未満の方は領収書のみを添付してください。
3. 受診期間は2022年4月～2023年3月、それ以外無効
4. 保険診療で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

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 | | |
| | 蛋白質 | | |
| 医師（詳細判断の項目）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。