

# 契約施設以外で「人間ドック」を受診される方へ

日頃より組合運営に対しご理解・ご協力いただきまして厚く御礼申し上げます。

契約施設以外の医療機関又は施設において人間ドックを受診される場合は、**「日本人間ドック学会等の検査項目に基づいた人間ドック」を受診された場合に補助の対象**としております。

受診の際は、医療機関に「人間ドック」の検査内容が、日本人間ドック学会等の検査項目に基づいているか確認の上、受診してください。適正な補助金の支給を行なうため、ご協力をお願いいたします。

## 検査項目

- 【契約施設外】・日本人間ドック学会等の検査項目に基づいた人間ドック  
※ 裏面のすべての検査項目が含まれているかをご確認のうえ、受診してください。

**オプション検査は補助金の対象となりません。**

上記の項目以外で受診された場合、検査内容によっては補助金の支給対象とならない場合もありますので、受診される前に、組合までご相談ください。

## 提出書類

- 1、人間ドック補助金支給申請書
- 2、領収証 ※1（『人間ドック代として』と記載があるもの）
- 3、検査結果表（コピー可）※2
- 4、質問票（40歳～75歳未満の特定健康診査対象者のみ）

※1 オプション検査については、補助金の対象となりませんので、医療機関において、人間ドックのみの領収証を発行していただくか、内訳の記載された領収証を添付してください。

※2 必ず「検査結果表」を添付くださいますようお願いいたします。

検査結果については今後の保健事業推進のため利用させていただきますが、知り得た個人情報については、一切他に漏洩することはありません。

## 「特定健康診査」対象の場合

**検査結果と質問票により特定健康診査の受診に代えさせていただきます。  
別途、特定健康診査を受診する必要はありません**

40歳～75歳未満の方は特定健康診査の対象となりますが、人間ドックに特定健康診査の検査項目が含まれておりますので、人間ドックの検査結果を提出していただくことにより特定健康診査の受診に代えさせていただきます。

ご不明な点ありましたら、下記までお問合せください。

神奈川県歯科医師国民健康保険組合  
電話 045-641-5418

【人間ドックの必須検査項目について】 日本人間ドック学会の検査項目は下記のとおりです

区分	検査項目
身体計測	身長
	体重
	肥満度
	BMI
	腹囲 (40歳以上75歳未満の方は必須)
生理	血圧測定
	心電図
	心拍数
	眼底
	眼圧
	視力
	聴力
	呼吸機能
X線 ・ 超音波	胸部X線
	上部消化管X線 ※1 (食道・胃・十二指腸)
	腹部超音波 肝臓(脾臓を含む)・胆のう・ 膵臓・腎臓・腹部大動脈
生化学	総蛋白
	アルブミン
	クレアチニン
	eGFR
	尿酸
	総コレステロール
	HDLコレステロール
	LDLコレステロール
	Non-HDLコレステロール
	中性脂肪
	総ビリルビン
	AST(GOT)
	ALT(GPT)
	γ-GT(γ-GTP)
	ALP
	血糖(空腹時)
HbA1c	

区分	検査項目	
血液学	赤血球	
	白血球	
	血色素	
	ヘマトクリット	
	MCV	
	MCH	
	MCHC	
血清学	血小板数	
	CRP	
	血液型(ABO Rh) 本人の申し出により省略可 HBs抗原 本人の申し出により省略可	
尿	尿一般・沈渣	蛋白・尿糖・潜血など 沈渣は、蛋白、潜血反応が陰性であれば省略可
便	潜血	免疫法で実施
問診・診察		胸部聴診、頸部・腹部触診
質問票		特定健診質問票 22項目を含む (40歳以上75歳未満の方は必須)
結果説明		受診勧奨・結果報告 特定健診情報提供を含む

※1 胃バリウム検査から胃内視鏡検査に変更することも可。

# 人間ドック補助金支給申請書

被保険者証記号・番号 後期高齢者組合員証・記号番号	32-	枝番 不要	組合員 氏名				
受診者氏名		生年月日	大正・昭和	年	月	日	続柄
受診年月日	令和	年	月	日	より	日間	受診に要した費用 ¥
実施医療機関	所在地						
	名称						
<p><b>検査結果表(写)および領収証を添え申請いたします。</b>                  検査結果表(写)と領収証は必ず添付してください。                  (40歳～75歳未満の方は、別紙質問票も添付してください。)</p>							
令和 年 月 日		〒		住所			
組合員(本人)		氏名		(印)			
		TEL					
神奈川県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿				決定金額	¥		
決裁	理事長	副理事長	常務理事	事務長	次長	課長	担当

振込先	銀行・信金・信組				フリガナ	
	店 支店 出張所	普通・総合・当座・貯蓄			名義	
		口座番号				

## ※ 注 意 事 項 ※

- ・ 組合からの補助は、35歳以上の方を対象に、同一年度に1回(4月1日から3月31日)、組合員 40,000円以内 家族 30,000円以内の補助となっております。
- ・ 『がん健診』のみの受診及び『人間ドック+オプション検査』をされた場合の『オプション検査』については、補助の対象となりませんのでご注意ください。
- ・ 『人間ドック』と『健康診断』の補助金はどちらか一方となっております。
- ・ 太枠内を黒または青のボールペンでご記入いただき、ご捺印の上、添付書類と併せて提出してください。
- ・ 補助金は口座振込となりますので必ずご記入ください。また、振込みは補助金ごとのお手続きとなります。
- ・ 神奈川県歯科医師信用組合以外の口座をご記入の場合は、振込手数料を差し引かせていただきます。
- ・ 検査結果等については、今後の保健事業の推進のため利用させていただくものであり、知り得た情報については一切他に漏洩することはありません。