

契約施設以外で「健康診断」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健康診断を受診される場合は、**「労働安全衛生規則に準ずる項目」をすべて検査された場合に補助の対象**としております。(検査項目:裏面をご確認ください。)

受診の際は、裏面の検査項目すべてを受診したい旨を申し出ていただき、受診してください。

提出書類

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

※必ず「検査結果票」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。

検査項目

【契約施設外】・労働安全衛生規則に準ずる検査項目

※ 詳しくは裏面の「契約施設以外で受診する場合」をご覧ください。

契約施設以外の医療機関で、裏面の項目をすべて受診されない場合は
補助金の対象になりませんので、ご注意くださいようお願いいたします。

「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、健康診断に特定健康診査の検査項目が含まれておりますので、健康診断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。

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。

ご不明な点がありましたら、下記までお問い合わせください。

神奈川県歯科医師国民健康保険組合
電話 045-641-5418

<人間ドック等契約施設以外で受診する場合>

人間ドック等契約施設以外で受診した場合、オプション検査のがん検診については補助金の支給対象になりません。

【補助金対象者】 当国保組合ご加入のすべての被保険者の方と後期高齢者組合員の方

- 同一年度内(4月1日～翌年3月31日)1回となっており、2回以上受診された場合、補助金は支給できません。
- 人間ドックと健康診断はどちらか一方の補助となります。

【補助金の額】 10,000円以内

- ただし、労働安全衛生規則に準ずる下記の項目を受診した場合。

1	既往歴及び業務歴の調査
2	自覚症状及び他覚症状の有無の検査
3	身長、体重、視力及び聴力の検査
4	胸部エックス線検査及び喀痰検査 ※喀痰検査は省略可
5	血圧の測定
6	貧血検査(血色素量及び赤血球数)
7	肝機能検査(GOT, GPT, γ -GTP)
8	血中脂質検査(中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール又はNon-HDLコレステロール)
9	空腹時血糖又はHbA1cやむを得ない場合は随時血糖
10	尿検査(尿中の糖及び蛋白の有無の検査)
11	心電図検査(安静時心電図検査)
12	腹囲の検査(35歳の方、特定健康診査対象の方)

【実施機関と受診方法および費用について】

- ① 予約・受診される際は、労働安全衛生規則に準ずる検査項目(上記の検査内容)で受診する旨を必ず申し出てください。
- ② 料金については、受診希望の医療機関に直接お問い合わせください。
- ③ 補助金の申請は「健康診断補助金支給申請書」を組合にご連絡いただき取り寄せてください。必要事項をご記入いただき、ご捺印のうえ、検査結果表(写)と領収証を添えて組合にご提出ください。※特定健康診査対象の方は同封する質問票の提出も併せてお願いします。
- ④ 特定健康診査の対象となっている方については、検査結果等を提出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。

契約施設以外の施設で上記の検査内容以外の項目で健康診断を受診した場合、補助金の支給対象にならない場合もございます。ご不明な点等ございましたら事前に国保組合(電話 045(641)5418)までご連絡ください。

健康診断補助金支給申請書

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 平成	年	月	日	続柄
受診年月日	令和	年	月	日	受診に要した費用	
実施医療機関	所在地					
	名称					
検査結果表(写)および領収証を添え申請いたします。 (検査結果表(写)と領収証は必ず添付してください。)						
令和 年 月 日						
〒						
住所						

組合員(本人) 氏名 ㊟						

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
						担当

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

※ 注 意 事 項 ※

- ・ この補助金は、組合に加入している組合員および家族の方、75歳以上の方を対象に、**同一年度に1回(4月1日から翌月3月31日)、10,000円以内**です。
- ・ 『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。
- ・ **別紙の健康診断項目で受診した場合のみ支給となります。**
- ・ オプション検査を追加された場合、**オプション検査分は補助の対象となりません。**
- ・ 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、**検査結果表(写)と領収証を添え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。