

支給				円	
本件、支給してよろいか					

ドック（人間・脳）・乳がん・子宮がん検診 受診料補助金申請書

被保険者証の記号番号	受診者氏名	生年月日	年齢	性別
建 ー		年 月 日		1. 男 2. 女
検診の種類	受診した機関名	受診日	自己負担	
1. 人間ドック (満 30 歳以上の方)		年 月 日～ 日	円	
2. 脳ドック (MRI) (満 40 歳以上組合員)		年 月 日～ 日	円	
3. 乳がん検診 (女性)		年 月 日～ 日	円	
4. 子宮がん検診 (女性)		年 月 日～ 日	円	

【申請に必要な書類 ※①～③の書類に不足や不備がある場合は支給できません】

① 領収書（原本またはコピー）《1～4 共通》

受診者名・受診機関・受診日・支払額・検診の種類が記載され、領収印があるもの。

② 結果のコピー } **《1. 人間ドック補助申請時》**

③ 質問票 } **結果は特定健診項目全てが記載されているもの**

項目は所属の組合にお問い合わせください。

<注意事項>

- ① 給付金はあらかじめ届け出ていただいた口座に振り込みます。
- ② 同一年度(4月～翌年3月)内で1回のみ支給します。組合健診や医療機関の特定健診を受診している場合、人間ドック補助金は支給されません。
- ③ 組合健診で乳がん・子宮がん検診を受けた場合は、組合健診と医療機関補助のどちらか一方の補助となります。

上記のとおり、書類を添えて申請いたします。

年 月 日

組合員 住所

氏名

長野県建設国民健康保険組合 理事長 殿

処理年月日： 年 月 日

※国保記入欄

	人間ドック	脳ドック	乳がん	子宮がん	セット	特定健診	補助金計
補助金額	10,000 円 20,000 円	10,000 円 20,000 円	2,000 円 3,000 円	2,000 円 3,000 円	3,000 円	既未	円

【支給金額について】

検診の種類	支給対象	自己負担額	支給金額
人間ドック	受診年度の4/1時点で 満30歳以上の組合員・家族	1万円以上5万円未満	1万円
		5万円以上	2万円※
脳ドック (MRI)	受診年度の4/1時点で 満40歳以上の組合員	1万円以上5万円未満	1万円
		5万円以上	2万円※
乳がん検診 子宮がん検診	女性組合員・女性家族 年齢制限なし	3,000円～3,999円	2,000円
		4,000円以上	3,000円
		セット検診で4,000円以上	3,000円

※人間ドック・脳ドックで2万円の支給となるのは、オプション検診を除いた費用が5万円以上の場合です。

※基本料金・オプション料金が明確にならない場合は1万円の支給となります。

【人間ドック受診料補助金申請書に添付する特定健診結果の項目】

●は必須項目、□は医師の判断により必要とされた場合に実施する項目です。

検査項目		判定方法	備考
身体計測	●問診票（質問票）	記述	喫煙歴、服薬歴、通院しているかどうか分かるもの
	●身長	数値	
	●体重	数値	
	●BMI	数値	
	●腹囲	数値	内臓脂肪面積でも良い
血圧	●収縮期（最大）血圧	数値	
	●拡張期（最小）血圧	数値	
診察	●医師の所見	数値	
代謝系	●空腹時血糖	数値	どちらか一方の結果で良い
	●HbA1c (ヘモグロビンA1c)	数値	
	●尿糖	－,±,+	半定量によるもの
脂質	●HDLコレステロール	数値	
	●LDLコレステロール	数値	
	●中性脂肪（またはTG） (またはトリグリセライド)	数値	
肝機能	●AST (GOT)	数値	
	●ALT (GPT)	数値	
	●γ-GT (γ-GTP)	数値	
尿・腎機能	●尿蛋白	－,±,+	
	□心電図	記述	医師の判断による検査項目
	□眼底検査	記述	医師の判断による検査項目
	□血色素（ヘモグロビン）	数値	医師の判断による検査項目
	□血清クレアチニン（eGFR）	数値	医師の判断による検査項目