

人間ドック費用補助請求書

受付年月日	支給決定					年月日	
	常務理事		事務長		担当者	支出科目	保健事業費 疾病予防費
						補助額	円
被保険者証 記号・番号	—				事業所名		
受診者氏名					所属部署		
					被保険者との続柄	本人 ・ 配偶者	
生年月日	昭和 年 月 日生(受診日 歳)				性別	男 ・ 女	
電話番号 (日中つながる連絡先)					e-mail		
検査料の合計金額 (領収証の合計金額)	円				検査年月日	令和 年 月 日	
上記合計金額に、 婦人科健診を含む 場合は()に○をして 各金額をご記入ください。 3はA～Cも選択して○をしてください。	1. ()乳がん検診				円		
	2. ()子宮がん検診				円		
	3. ()総合コースに含む為、金額不明 → A. 乳がん検診 ・ B. 子宮がん検診 ・ C. 両方						
健診・医療機関名							
必要添付書類 (不足があると補助できません。)	添付書類が全てそろっているか確認し、□にチェックを入れてください。						
	<input type="checkbox"/> 領収書(原本)	<input type="checkbox"/> 検査結果表のコピー (表紙を含む全ページ)					
令和 年 月 日 住友商事健康保険組合 理事長 上記のとおり補助を請求いたします。							
				請求者住所			
				被保険者氏名	印		
署名する場合、押印を省略可							

＜留意事項＞

●太枠内をご記入の上、郵送で申請してください。メール添付不可。

申請期限: 受診日から6ヵ月以内に健康保険組合必着※

※12月以降受診分は、翌年5月末日までに必着

●会社提出用とは別に、この申請にも検査結果表コピーが必要です。

●検査結果表コピーは、表紙から全ページ(判断医師名・総合判定結果のページを含む)が必要です。

次ページ以降の「人間ドック費用補助制度(全額自己負担した場合)」を必ずご一読の上、申請してください。

人間ドック費用補助制度(全額自己負担した場合)

対象者	当年度3月31日時点 年齢35歳以上の、被保険者と被扶養配偶者
補助対象	人間ドック(総合健診)基本コース※ ※特定健診の項目(5ページ目の「特定健康診査結果通知表」の項目) を含む、各健診機関が設定した人間ドック基本コース 基本コースと同時に受診したオプション ・国内の健診機関に限ります。海外での受診は補助対象外となります。
補助回数	年度間(4月～翌年3月)に 1回 に限る ・同一年度内の日付で2回目の受診をした場合、2回目を翌年度扱いにはできません。 1回目を当組合から補助済であれば、2回目は補助対象外で、全額自己負担となります。
補助限度額	80,000円 (消費税込) ※乳がん検診、子宮がん検診をオプションとして受診する場合、婦人科検診補助額を加算します。ただし、婦人科検診を含む人間ドックコースの料金が80,000円以内の場合、上限額は80,000円とします。
補助申請の期限	受診日から 6ヵ月以内(厳守)※ ※12月以降受診分は、翌年5月末日までに必着 申請期限を過ぎたものは補助不可とし、全額自己負担とする ・オプション検査のみ後日受診する場合(但し同一年度内の受診に限る)も、基本コースの受診日から6ヵ月以内を期限とします。
支給時期	申請が当組合に到着してから支給までに 3～4ヵ月程度 ・特に年度末は受診者が多数となる為、さらに1～2ヵ月程度かかる場合があります。到着順に補助手続を致しますのでご了承ください。 支給決定後、「総合健診」の補助金として支給決定通知します。 KOSMO Communication Webにログインし、最新帳票ダウンロードからご確認ください。(葉書送付対象の方は、受領された際にそちらをご確認ください。)

<補助対象外>

- ・再検査・二次検査
- ・保険診療

健康保険証を提示して3割を自己負担する通常の診療
医師の判断で行う生検や健診後の精密検査や検診など
- ・初診料・再診料・郵送料
- ・脳ドックやがん検診など特定の部位のみの受診
- ・PET検査・CT検査のみの受診
- ・基本コースとは異なる機関で受診したオプション検査料
 (令和5年度受診分より、2機関の検査料を合計して補助することは不可となります。)
- ・基本コースを受けた翌年度に受診したオプション検査



申請方法は次ページへ

<申請方法>

<p>受診・申請の流れ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 健診機関に直接予約をして受診する 2. 受診料を全額窓口負担し、領収書を受け取る 3. 検査結果が自宅に送付されて来てから必要書類を健康保険組合へ郵送で申請する(メール添付申請は不可)
<p>必要書類</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 人間ドック費用補助請求書 2. 領収書(原本) <ul style="list-style-type: none"> ・必ず個人名(健康保険証の名前)で取得してください。(会社名不可。) ・紛失した場合は、健診機関に再交付依頼をしてください。 再交付が難しい場合は、健診機関に申し出て、「〇月〇日に△△様が受診した健診費用は支払いを受けている」という内容の「支払証明書」を作成してもらい、その機関の押印を取得してください。 3. 検査結果表のコピー(配偶者含め、必ず全員ご提出ください。) <ul style="list-style-type: none"> ・表紙を含む全ページのコピーを添付してください。(判断医師名・総合判定結果のページも必要です。) ・婦人科検診オプションを受診した場合はその箇所の検査結果部分もご提出ください。 ・婦人科の項目の料金明細か料金案内も添付してください。 4. 特定健診質問票(配偶者含め、必ず全員ご提出ください。) <ul style="list-style-type: none"> ・この質問票を提出されない場合は、補助の対象外となります。
<p>留意事項</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・検査結果表は返却できません。必ずコピーをご提出ください。 会社の人事部や診療所には、別途、ご自身で結果表を提出してください。 健保組合からは送付しておりません。

■人間ドック利用料補助請求書に添付して**必ず全員ご提出ください。**

■回答欄の当てはまる答えに○をしてください。

■この質問票を提出されない場合は、補助の対象外となります。

特 定 健 診 質 問 票

記号・番号	—	生年年日	昭和	年	月	日
氏名		性別	男	・	女	続柄
住所						
健診機関名		検査年月日	令和	年	月	日
	項 目	回 答				
1	現在、“血圧を下げる薬”を使用していますか？	1. はい 2. いいえ				
2	現在、“血糖を下げる薬又はインスリン注射”を使用していますか？	1. はい 2. いいえ				
3	現在、“コレステロールや中性脂肪を下げる薬”を使用していますか？	1. はい 2. いいえ				
4	医師から、脳卒中(脳出血、脳梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか？	1. はい 2. いいえ				
5	医師から、心臓病(狭心症、心筋梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか？	1. はい 2. いいえ				
6	医師から、慢性腎臓病や腎不全にかかっているといわれたり、治療(人工透析など)を受けていますか？	1. はい 2. いいえ				
7	医師から、貧血といわれたことがありますか？	1. はい 2. いいえ				
8	現在、たばこを習慣的に吸っていますか？ (「現在、習慣的に喫煙している者」とは、「合計100本以上、又は6ヶ月以上吸っている者」であり、最近1ヶ月間も吸っている者)	1. はい 2. いいえ				
9	20歳の時の体重から10kg以上増加していますか？	1. はい 2. いいえ				
10	1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施していますか？	1. はい 2. いいえ				
11	日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施していますか？	1. はい 2. いいえ				
12	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い。	1. はい 2. いいえ				
13	食事をかんで食べる時の状態はどれにあてはまりますか？	1. 何でもかんで食べることができる 2. 歯や歯ぐき、かみあわせなど気になる部分があり、かみにくいことがある 3. ほとんどかめない				
14	人と比較して食べる速度が速い。	1. 速い 2. ふつう 3. 遅い				
15	就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ある。	1. はい 2. いいえ				
16	朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取していますか？	1. 毎日 2. 時々 3. ほとんど摂取しない				
17	朝食を抜くことが週に3回以上ある。	1. はい 2. いいえ				
18	お酒(日本酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度。	1. 毎日 2. 時々 3. ほとんど飲まない(飲めない)				
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量 日本酒1合(180ml)の目安：ビール(500ml)、 焼酎25度(110ml)、ウイスキーダブ一杯(60ml)、ワイン2杯(240ml)	1. 1合未満 2. 1～2合未満 3. 2～3合未満 4. 3合以上				
20	睡眠で休養が十分とれている。	1. はい 2. いいえ				
21	運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いませんか？	1. 改善するつもりはない 2. 改善するつもりである(概ね6か月以内) 3. 近いうちに(概ね1か月以内)改善するつもりであり、少しずつ始めている 4. 既に改善に取り組んでいる(6か月未満) 5. 既に改善に取り組んでいる(6か月以上)				
22	生活習慣の改善について保健指導を受ける機会があれば、利用しますか？	1. はい 2. いいえ				

■この用紙は提出不要です。（特定健診項目の確認用です。）

特定健康診査受診結果表(特定健診の項目)

記号 — 番号	—	フリガナ	
		氏名	
検査年月日	令和 年 月 日	検査機関名	
既往歴			
服薬歴		喫煙歴	あり ・ なし
自覚症状			
他覚症状			
項	目	基準値(参考)	検査結果
身体計測	身長 (cm)		
	体重 (kg)		
	腹囲 (cm)	男性:~84 女性:~89	
	B M I	18.5~24.9	
血圧	収縮期血圧 (mmHg)	~129	
	拡張期血圧 (mmHg)	~84	
血中脂質検査	中性脂肪 (mg/dl)	30~149	
	HDL-コレステロール (mg/dl)	40~119	
	LDL-コレステロール (mg/dl)	60~119	
	Non-HDL-コレステロール (mg/dl)	90~149	
肝機能検査	G O T (AST) (U/l)	0~30	
	G P T (ALT) (U/l)	0~30	
	γ - G T P (U/l)	0~50	
血糖検査 <small>(いずれかの項目の実施で可)</small>	空腹時血糖 (mg/dl)	~99	
	ヘモグロビンA1c (%)	~5.5	
	随時血糖 (mg/dl)	~99	
尿検査	糖	(-)	
	蛋白質	(-)	
貧血検査	赤血球数 (万/mm ³)	男性:420~ 女性:380~	
	血色素量 (g/dl)	男性:13.1~ 女性:12.1~	
	ヘマトクリット値 (%)	男性:38.0~ 女性:34.0~	
心電図 検査	所見		
眼底検査	所見		
血清クレアチニン検査	血清クレアチニン値 (mg/dl)	男性:-1.10 女性:-0.80	
	eGFR (ml/min/1.73m ²)	-60	
メタボリックシンドローム判定		基準該当 / 予備群該当 / 非該当	
医師の判断 (ブランク不可) <small>「要精密検査」等の判定や、アルファベットの総合判定等、必ずご記入ください。</small>			
判断した医師の氏名			