

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"/> 領収証(原本)		<input type="checkbox"/> 検査結果表のコピー (数値部分の全ページ)			<input type="checkbox"/> 特定健診質問票	
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。 <div style="text-align: right; margin-right: 100px;">請求者住所</div> <div style="text-align: right; margin-right: 100px;">被保険者氏名</div> <div style="text-align: right;">印</div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">署名する場合、押印を省略可</div>							

＜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ヶ月以内に健康保険組合必着

●会社提出用とは別に、この申請にも検査結果コピーが必要です。

次ページ以降の「全額自己負担した人間ドック費用の請求方法」を必ずご一読の上、申請してください。

全額自己負担した人間ドック費用の請求方法

- 対象者 被保険者及び被扶養配偶者で、**受診日当日の年齢が35歳以上の方**
- 対象施設 当組合と契約していない国内の健診・医療機関
※契約健診・医療機関でも、全額窓口負担をした場合は、この申請の対象とする
- 補助回数 被保険者・被扶養配偶者それぞれ1人につき、年度間1回
(年度とは→ 4月1日より翌年3月31日まで)
- 補助金額 令和3年4月1日受診分から
→**税込80,000円を上限とする、受診にかかった実費全額**
(注意) 令和3年3月31日受診分まで →**税込60,000円が上限**
但し、女性のみ、同時に婦人科健診の補助対象項目を受診された場合は、別途上乗せして補助金を支給する
 - ・子宮がん検診→5,000円を上限とする、かかった実費
 - ・乳がん検診 →5,000円を上限とする、かかった実費(婦人科腫瘍マーカーは、婦人科検診の補助対象外)
基本コースもオプション検査も年度内に受診したものに限り
- 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(6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・医療機関が設定した人間ドックコース
基本コースと同時に受診したオプション
- 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割負担等をする通常の診療
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
基本コースを受けた翌年度に受診したオプション検査
- 申請期限 人間ドック**基本コース受診日から6ヶ月以内必着**
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ヶ月以内を期限とする
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

■支給時期 申請が当組合に到着してから支給までに**3～4ヶ月程度**

特に年度末は受診者が多数となる為、さらに1～2ヶ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。
「医療費と給付金支給額のお知らせ」に「総合健診」として支給金額が記載されます。ご確認ください。

■申請方法

1. 健診・医療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、領収証を受け取る
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請求する (メール添付申請は不可)

■必要書類

①人間ドック費用補助請求書

- ・一人につき一枚の補助請求書が必要です。

②領収証原本

- ・領収書もそれぞれのお名前で取得してください。(名前の記載のないものや会社名で取得したものは確証としてお認めできません)
- ・万一紛失した場合は、健診・医療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・医療機関にお願いして、「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、その機関の押印を頂いてください。

③ 検査結果表 (写)

- ・数値の部分は全て必要です。全ページのコピーを添付してください。添付の結果通知表に書き写して頂いても結構です。
- ・婦人科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 (必ず全員ご提出ください。)

- ・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。

■留意事項

1. **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。
2. 同一年度内の日付で2回目の受診をした場合、翌年度扱いにすることはできません。1回目が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。

＜基本コースとオプション検査を異なる健診・医療機関で受診する場合＞

2つの機関での受診日が異なっても、申請可能です。

この場合、基本コースの受診日から6カ月以内必着が補助申請の期限となります。

	基本コースを受診する 健診・医療機関	オプション検査を受診する 健診・医療機関	当日の支払方法	申請方法
	契約 A 機関		窓口負担なし	申請不要
例 1	契約 A 機関	契約外 B 機関	全額窓口負担	申請必要 両方の機関から取得した ①領収証 ②検査結果表（写）を 1枚の申請書に添付申請
例 2	契約外 C 機関	契約外 D 機関		

注意

契約健診・医療機関では通常、当日の窓口負担は無しのため、この申請は不要です。

個別の事情でオプション検査や婦人科健診だけを基本コース受診機関と異なる機関で受診する場合は、

（例1）の場合 契約機関であっても、一旦全額窓口負担をしてください。

契約A機関で窓口負担をせずに受診された場合は、契約外B機関のオプション検査代金は補助金請求ができませんのでご注意ください。

■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 本人・配偶者
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

■検査結果表(写)が提出できない場合のみ、結果の数値を転記してご提出ください。

特定健康診査受診結果通知表(特定健診の項目)

記号・番号		生年月日	昭和 年 月 日	検査年月日	令和 年 月 日
フリガナ					
氏名		性別	男・女	年齢	歳 続柄 本人・配偶者
既往歴					
服薬歴		喫煙歴			
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			
	BMI	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	GOT (AST) (U/l)	0~30			
	GPT (ALT) (U/l)	0~30			
	γ-GTP (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	(-)			
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			

1. 「人間ドック検査結果表(写)」をご提出ください。その場合、この用紙の提出は不要です。
やむを得ず提出できない場合に限り、この表に値を転記してご提出ください。オプションで受診した婦人科健診の費用も合わせて請求する場合は、婦人科健診部分の結果表(写)の提出が必須です。
2. 「メタボリックシンドローム判定」の欄は、「基準該当/予備群該当/非該当」に○をしてください。