

人間ドック利用補助金申請書
(39歳未満の受診者 申請用)

※太枠のみご記入ください

被保険者の所属		任意継続		TEL()	
受診者氏名		該当にチェック <input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 平成 (4月1日現在) 年 月 日 生/満 才
被保険者の記号番号		記号	番号(社員番号)	受診日	
記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください					
医療機関	名称: 所在地:				
※必ず内訳をご記入ください					
健診費用(税込)※1	基本健診	円	PSA(45歳以上男性対象)	円	
	胃カメラへの変更料金		骨密度検診(35,45,55歳対象)	円	
	子宮癌	円	その他オプション検診(受診者負担)	円	
	乳癌	円	合計	円	
振込先銀行		口座 NO.		口座名義(カナ)	
銀行	支店	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座			
上記の通り人間ドックを受診しましたので、補助申請します。 被保険者氏名 _____					

- 注 ① 健診の種類は日帰りドックに限ります。基本健診(健康管理室の定めた項目)及び婦人科検診を受診出来ます(基本健診項目をご確認ください)。
② **上記以外の追加オプション検診は受診者負担です。**
③ 医療機関の「領収書」原本(受診者名及び基本健診・オプション料金明細の記載されたもの)を添付し、伊藤忠健康保険組合へ直接ご申請ください。(毎月10日締、20日払)
送付先: 〒530-0001 大阪府大阪市北区梅田3-1-3 伊藤忠健康保険組合 (社内便:ITCKH)
④ **「人間ドック健診結果」(被保険者のみ)は、健康管理室へ提出ください。**
⑤ 受診者負担金(年齢は4月1日現在)

対象者			受診者負担
被保険者	31歳、33歳及び35歳以上の被保険者並びに32歳及び34歳の被保険者たる海外駐在員	全員	6万円を超える額
被扶養者	配偶者	全員	
その他	満35歳以上	奇数年齢	

健保組合が記入・処理	(総額)	(受診者負担額)	(健保補助額)
	円-	円 =	円

※ 本申請書にご記入いただいた情報は、健保組合における被保険者、被扶養者の健康管理と疾病予防、また補助金の精算にのみ利用いたします。

人間ドック利用補助金申請書
(39歳未満の受診者 申請用)

※太枠のみご記入ください

被保険者の所属		任意継続		TEL(03-****-****)	
受診者氏名	伊藤 花子	該当にチェック <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 (4月1日現在) * 年 12 月 1 日 生/満 36 才	
被保険者の記号番号	記号 ***	番号(社員番号) *****	受診日	** 年 ** 月 ** 日	
記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください					
医療機関	名称: ○○病院 所在地: △△市△△町*-*-*				
※必ず内訳をご記入ください					
健診費用(税込)※1	基本健診	43,200	円	PSA(45歳以上男性対象)	
	胃カメラへの変更料金	3,240		骨密度検診(35,45,55歳対象)	円
	子宮癌	4,320	円	その他オプション検診(受診者負担)	5,400 円
	乳癌	5,400	円	合計	61,560 円
	今回の場合、オプションを除いた56,160円が支給金額となります。				
振込先銀行		口座 NO.		口座名義(カナ)	
○○ 銀行	△△ 支店	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	*****	イトウ ハナコ	
上記の通り人間ドックを受診しましたので、補助申請します。 被保険者氏名 伊藤 花子					

注 ① 健診の種類は日帰りドックに限ります。基本健診(健康管理室の定めた項目)及び婦人科検診を

◆記入時の注意

※1<健診費用>欄

以下の補助対象項目を項目ごとにご記入ください。

- ・日帰り人間ドック(基本健診項目)
 - ・胃カメラへの変更料金(差額がある場合、鎮静剤の料金はオプションとなります)
 - ・PSA(4/1時点45歳以上男性のみ)
 - ・子宮がん検診(女性のみ:内診・子宮頸部細胞診)
 - ・乳がん検診(女性のみ:エコーorマンモグラフィ及び触診※両方受けた場合料金の高い方+触診の料金をご記入ください)
 - ・骨密度検診(希望者:4/1時点35・45・55歳のみ、上限3,240円 ※60,000円を超えて支給可)
- 上記以外の項目は全て「その他オプション健診」欄に記載してください。受診者負担となります。

注意)①基本健診項目以外が多数含まれているコースの場合、受診医療機関の基本コースの料金を適用します。
②補助金の申請は年度内(4月～翌年3月)に1回のみ、請求期限は受診日より2年です。

※申請時の添付書類

- ・領収書原本(受診者宛て、上記項目の内訳が記載されたもの)

健保組合が記入・処理	(総額)	(受診者負担額)	(健保補助額)
	円-	円 =	円

※ 本申請書にご記入いただいた情報は、健保組合における被保険者、被扶養者の健康管理と疾病予防、また補助金の精算にのみ利用いたします。

生活習慣病健診(人間ドック)基本健診及び婦人科検診項目

* 下線は特定健診項目(必須項目)

- ① 家族歴、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、腹囲、BMIの検査
- ④ 視力の検査
- ⑤ 聴力(千ヘルツ及び四千ヘルツの音に係る聴力をいう)の検査
- ⑥ 胸部エックス線検査及び※喀痰検査
- ⑦ 血圧の測定
- ⑧ 末梢血液一般検査
- ⑨ 肝・腎機能検査 (AST(GOT)、ALT(GPT)、γ-GTP、ALP、TP、クレアチニン)
- ⑩ 血中脂質検査 (総コレステロール、HDLコレステロール、LDLコレステロール、トリグリセライド)
- ⑪ 尿検査 (糖、蛋白、潜血)
- ⑫ 心電図検査
- ⑬ 上部消化管エックス線検査または胃カメラ検査
- ⑭ 腹部超音波検査
- ⑮ 糖尿病検査 (空腹時血糖、ヘモグロビンA1c)
- ⑯ 血清尿酸検査
- ⑰ HBs抗原・※抗体検査、HCV抗体検査
- ⑱ 血液型検査(ABO式及びRh式)
- ⑲ CRP検査
- ⑳ 梅毒血清反応検査
- ㉑ PSA検査(45歳以上の男性)
- ㉒ 眼底検査
- ㉓ 糞便検査(潜血)
- ㉔ 婦人科健康診断
 - ・子宮癌検診(内診、子宮頸部細胞診)
 - ・乳癌検診(エコーまたはマンモグラフィー) ※健診機関によっては視触診も行われます。

※⑥喀痰検査、⑰HBS抗体検査は、医師の判断で省略できる。

※⑲眼底検査に眼圧検査を加えることができる。

※㉔婦人科健康診断は受診者の任意とする。

注意) 上記以外の検査につきましてはオプション検査となり、個人負担となります。