

記入例

人間ドック補助金申請書

申請区分	<input type="checkbox"/> 初回または節目年齢の方 年度末時の年齢：40/45/50/55/60歳		<input checked="" type="checkbox"/> 一般の方	
------	---	--	--	--

該当する申請区分に☑印を入れてください。
(注) 初回とは、2023年度以降に初めて人間ドック補助金申請を行う方になります。

下記＜申請区分の判別フローチャート＞で
区分を確認し、☑印を入れて下さい。

事業主が実施する定期健診を受診された場合、健診結果提出は不要です。

提出日 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

確認事項	● あなたは今年度(当年4月～翌年3月) に事業主が実施する定期健診を受診されましたか？ ※受診済みの方は“はい”に☑印を入れ、受診日を記入ください。 未受診または受診予定の方は“いいえ”に☑印を入れてください。		<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (受診日： 〇〇〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日)	
------	--	--	---	--

健康保険証	記号	〇〇〇〇	番号	〇〇〇〇〇〇〇
申請者	フリガナ	トウレ ハナコ		
	氏名	東レ 花子		
	生年月日	〇〇〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	年度末(翌年3.31) 時点の年齢	44歳
人間ドック	受診年月日	〇〇〇〇 年 10 月 1 日	医療機関への支払い額	35,000 円
			支給決定額(健保記入欄) 上限：初回/節目：30,000円、一般：15,000円	円

・人間ドックと併せて受診されたがん検診に☑のうえ、検診単体の費用をご記入ください(ご留意事項の4.参照)

がん検診	<input checked="" type="checkbox"/> 乳がん検診	検診単体費用	4,500 円	支給決定額(健保記入欄) 上限：4,000円	がん検診は単価が わかる場合のみ 補助対象です。
	<input checked="" type="checkbox"/> 子宮頸がん検診	検診単体費用	3,000 円	支給決定額(健保記入欄) 上限：2,500円	

子宮頸がん検診を既に郵送検診で受検された方は、子宮頸がん検診費用補助対象外となります。

問診結果をご記入ください。

問診	● 血圧を下げる薬を服用している。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
	● インスリン注射または血糖を下げる薬を服用している。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
	● コレステロールを下げる薬を服用している。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
	● 既往歴(脳卒中、心臓病、慢性腎臓病、貧血など)がある。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
	● タバコを習慣的に吸っている。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ

問診結果に☑印
を入れて下さい

＜申請区分の判別フローチャート＞

※年齢は年度末(翌年3月31日)時点の年齢で判断ください。

人間ドック補助金申請は、
2023年度以降初めてですか？

はい

いいえ

申請年度末の年齢は、
節目年齢(40/45/50/55/60歳)ですか？

はい

いいえ

申請区分の「初回または
節目年齢の方」欄に
☑印を入れてください。

申請区分の「一般の方」欄
に☑印を入れてください。

初回と節目が重なっている方は
「初回」が優先されます。

必ず左記フローチャート
により、申請区分をご
確認のうえ、申請してく
ださい。

◆事業所担当者 記入欄

年 月 日 記入

担当者氏名	当該受診者の年齢・添付書類および申請書の記載漏れ等について確認しました。		
-------	--------------------------------------	--	--

<ご留意事項>

- 次の2点の書類を添付してください。
 - 医療機関発行の領収書原本 ※**本申請書の裏面に貼りつけてください。**
 - 健診結果のコピー ※検査数値・問診回答・医療機関名・医師名、医師の診断（判定）が記載されたもの

（注）既に今年度事業主による定期健診を受診された場合は、事業主より健診結果の提供を受けるため添付不要です。
- 人間ドックの検査項目に「**特定健診基本項目（下表をご参照）**」が含まれていることが費用補助の条件となります。
但し、年度内の事業所定期健診受診者に限り、脳ドック、PET検査の健診費用も補助対象となります。
- 受診期間は当年4月～翌年3月末日、申請の締め切りは翌年4月6日健保必着となります。
 原則、翌年度の支払いは不可となりますのでご注意ください。
- 人間ドックと併せて乳がん検診・子宮頸がん検診を受診された方は、本申請書で同時に費用補助の請求ができます。
 領収書については、**各々単独の領収書添付を基本**としますが、レディースコース等で分離が難しい場合は、**各々の単価が領収書に明記されていれば可**とします。
（注）各々の補助金上限を超過した額について、他の補助金を充当することはできません。
- 子宮頸がん検診を既に郵送検診で受検された方は、子宮頸がん検診費用補助対象外となりますのでご注意ください。
- 申請書の締切（健保到着日）は毎月10日です。補助金は、翌月25日（基本、給与の中で）に支給します。

特 定 健 診 基 本 項 目 一 覧 表

区 分	内 容		
基 本 的 な 健 診 の 項 目	問診（服薬及び喫煙習慣の有無）		
	既往歴、自覚症状及び他覚症状		
	身体計測	身	長
		体	重
		腹	囲
		B	M
	血 圧	収 縮 期 血 圧	
		拡 張 期 血 圧	
	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 ※1	
	肝機能検査	AST（GOT）	
		ALT（GPT）	
		γ-GTP	
	血糖検査 （いずれかの項目で可）	空腹時血糖 ※2	
		ヘモグロビンA1c	
尿 検 査	糖		
	蛋 白		
医 師（詳細健診の項目 追加項目）による	貧血検査	赤血球数	
		血色素量	
		ヘマトクリット値	
	心 電 図 検 査		
	眼 底 検 査		
	血清クレアチニン検査		

※1 中性脂肪が400mg/dl以上もしくは食後採血の場合は、non-HDLコレステロールでも可

※2 やむを得ず空腹時以外においてHbA1cを測定しない場合かつ食直後を除いた場合、随時血糖による検査が可。