

記入例

2024年度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(2024年4月～2025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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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	2025.3.31時点の年齢	44歳	
人間ドック	受診年月日		医療機関への支払い額		支給決定額(健保記入欄) 上限：初回/節目：30,000円、一般：15,000円
	2024 年 10 月 1 日		35,000 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2025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、P E T検査の健診費用も補助対象となります。**
- 受診期間は2024年4月～2025年3月末日 補助金申請書は、所属する事業所の労務担当課（任意継続の方は健保）にご提出ください。原則、翌年度（2025年度）で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。  
（任意継続の方は加入時に指定された口座にお振込み致します。）

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 I
	血 圧	収 縮 期 血 圧
		拡 張 期 血 圧
	血中脂質検査	中 性 脂 肪
		H D L - コレステロール
		L D L - コレステロール ※1
	肝機能検査	A S T （ G O T ）
		A L T （ G P T ）
		γ - G T P
	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 A 1 c
尿 検 査	糖	
	蛋 白	
医 師（ 追 加 項 目 に よ る 項 目	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 / d l 以上もしくは食後採血の場合は、non-H D L 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H b A 1 c 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。