

※ 必ずお読みください。

## 人間ドックの補助金利用にあたって

[当該年度 3 月 31 日現在、35 歳または 40 歳以上の方が受診できます]

人間ドックの利用については、下記の事項をよくお読みのうえ、ご利用ください。

この制度は「生活習慣病健診（定期健康診断）」や「けんぽ共同健診」の代わりとして、特定健診項目を含む人間ドックを受診した場合に西南健保より補助金を支給するものです。

- 受診日を基準に 1 年度（4 月 1 日～翌年 3 月 31 日）につき 1 回分が補助対象です
- 受診日に当組合に在籍している方が対象となります
- 「生活習慣病健診（定期健康診断）」または「けんぽ共同健診」を一部項目でも受診された場合、本制度はご利用できません

1. ご自身で直接、ご希望の健診機関等に予約をしてください。

※ 国内であれば健診機関の指定はありませんが、特定健診項目を含む人間ドックであることを確認の上、予約を取ってください（特定健診項目を含まない脳ドックや PET 検診等は対象外です）。

2. ドック料金は受診日当日、健診機関等の窓口で全額お支払ください。

3. 補助金請求に必要な書類等を、勤務先事業所を經由し西南健保へ提出してください。

- ① 人間ドック補助金請求書（西南健保書式）
- ② 既往歴・服薬歴記入表（西南健保書式）
- ③ 領収書（写し）
- ④ 検診結果表（写し） 以上 4 点

※ 検診結果表（写し）を提出できない場合は、最終ページ別表の【実施機関記入欄】に受診した健診機関等で記入してもらい提出してください。（健診機関等に記入してもらうためにかかった文書料は自己負担となりますのでご了承ください）

### ■ 西南健保補助額

人間ドック（特定健康診査項目含む）		13,000 円	オプション検査の設定は自由
婦人科 検査	乳腺（マンモグラフィ又は超音波）	2,800 円	視触診のみの検査の場合は補助対象外
	子宮頸部（医師採取の子宮頸部細胞診）	2,600 円	子宮頸部細胞診が実施できない場合のみ HPV 検査可

※ 女性受診者が婦人科検査（乳腺・子宮頸部）を人間ドックに付随して受診した場合、上記金額がプラスされた補助金額となります。

4. 西南健保補助額は勤務先事業所にお支払いいたします。その後、勤務先事業所より被保険者本人に支給されます。

- ◆ ドックに付随して婦人科検査を受診し、検診結果表が別々に発行される場合は、全ての結果表が揃った時点で、書類等一式をご提出ください。
- ◆ 生活習慣病健診（定期健康診断）やけんぽ共同健診に、オプションにて検査項目を追加して自己負担が発生した場合、本補助金の対象とはなりません。

# 記入上の注意

■この届に回答できる

ご担当者名： .....

連絡先 (Tel・Fax・mail) : .....

支払決定日 令和 年 月 日

## 人間ドック補助金請求書

〔当該年度3月31日現在、35歳または40歳以上の方が受診〕

事業所のご担当者情報を記載願います。

東京西南私鉄連合健康保険組合理事長 殿

検査結果表（写し）を添付することに同意し、以下のとおり人間ドック補助金を請求します。

被保険者証の記号	7001	番号	12345	受診年月日	令和XX年9月1日				
被保険者の氏名 (請求者署名)	東北 三郎			性別	男	生年月日	昭和XX年7月31日		
本人の押印・省略確認	<input type="checkbox"/> 請求者本人が上記に署名していない場合は、請求者の承諾を得ていること確認の上、✓を入れてください。								
事業所の名称	西南商事株式会社								
受診した方が家族の場合	氏名	東北 花子		性別	女	続柄	妻	生年月日	昭和XX年10月10日
請求金額	18,400 円		(補助上限金額) 男性：13,000 円 女性：13,000 円 (婦人科検査なし) 15,600 円 (子宮頸部追加) 15,800 円 (乳腺追加) 18,400 円 (子宮頸部及び乳腺追加)						
申請日	令和XX年10月5日								

書類を作成された日を記入してください。確認ください

- ・上記受診年度の生活習慣病健診またはけんぽ共同健診は受診をしていませんか？  
⇒一部でも受診してる場合には人間ドック補助金の対象ではありません。
- ・領収書は生活習慣病健診（定期健康診断）やけんぽ共同健診に、オプションにて検査項目を追加して自己負担が発生した場合の費用ではありませんか？  
⇒オプションの健診費用は人間ドック補助金の対象ではありません。

上記各項目を確認しました

確認の上、✓を入れてください。

東京西南私鉄連合健康保険組合では、補助金を支給する目的および特定保健指導に利用する目的で、人間ドックに関する検査結果の情報提供を依頼しております。  
検査結果は適正に管理し、その目的以外に使用されることは、ありません。ご了承のうえ、ご請求くださるようお願い申し上げます。

入力日

受付日

◆◆◆◆◆ この書類は、勤務先事業所を経由し、西南健保へご提出ください ◆◆◆◆◆

〔健保記入欄〕

支払決定金額	¥
支払決定日	令和 年 月 日

■この届に回答できる ご担当者名：..... 連絡先 (Tel・Fax・mail)：.....
---

## 人間ドック補助金請求書

〔当該年度3月31日現在、35歳または40歳以上の方が受診できます〕

東京西南私鉄連合健康保険組合理事長 殿

検査結果表（写し）を添付することに同意し、以下のとおり人間ドック補助金を請求します。

被保険者証の記号		番号		受診年月日	令和 年 月 日
被保険者の氏名 (請求者署名)		性別	男 ・ 女	生年月日	昭 和 年 月 日
本人の押印・省略確認	<input type="checkbox"/> 請求者本人が上記に署名していない場合は、請求者の承諾を得ていることを確認のうえ左記にチェックを入れてください。				
事業所名					
受診した方が家族の場合	氏名	性別	男 ・ 女	続柄	生年月日 昭 和 年 月 日
請求金額	円	(補助上限金額) 男性：13,000円 女性：13,000円 (婦人科検査なし) 15,600円 (子宮頸部追加) 15,800円 (乳腺追加) 18,400円 (子宮頸部及び乳腺追加)			
申請日	令和 年 月 日				

### 《以下の項目について今一度ご確認ください》

- ・上記受診年度の生活習慣病健診またはけんぽ共同健診は受診をしていませんか？  
⇒一部でも受診してる場合には人間ドック補助金の対象ではありません。
  - ・領収書は生活習慣病健診（定期健康診断）やけんぽ共同健診に、オプションにて検査項目を追加して自己負担が発生した場合の費用ではありませんか？  
⇒オプションの健診費用は人間ドック補助金の対象ではありません。
- ※「既往歴・服薬歴記入表」と一緒に提出してください。

上記各項目を確認しました

#### 《個人情報の取扱いについて》

東京西南私鉄連合健康保険組合では、補助金を支給する目的および特定保健指導に利用する目的で、人間ドックに関する検査結果の情報提供を依頼しております。  
検査結果は適正に管理し、その目的以外に使用されることは、ありません。ご了承のうえ、ご請求くださるようお願い申し上げます。

入力日

受付日

下部に、領収証（写し）を貼り付けてください。

※貼り付けられない場合は別途添付してください。

◆◆◆ この書類は、勤務先事業所を経由し、  
西南健保へご提出ください ◆◆◆

## 既往歴・服薬歴記入表

■ **★** 部分は、受診された方がもれなく記入して「人間ドック補助金請求書」と一緒に提出してください。

■ 該当する番号を○で囲んでください。

★被保険者証	記号				番号					<b>必ず記入</b>	
★受診者氏名						★本人・家族	1 本人 ・ 2 家族				
★受診年月日	令 和		年		月		日				

★既往歴	1 有（具体的に） ・ 2 無									
★服薬歴(血圧)	1 有 ・ 2 無	★服薬歴(血糖)	1 有 ・ 2 無	★服薬歴(脂質)	1 有 ・ 2 無	★喫煙	1 有 ・ 2 無			
★自覚症状	1 有（具体的に） ・ 2 無									

■ 「人間ドック検診結果表の写し」を添付できない場合のみ、受診した健診機関等で検診結果を別表に記入してもらってください。（文書料が発生した場合は自己負担となります）

「領収証貼付欄」が足りない場合は、別途添付してください。

領 収 証 貼 付 欄

# 別表

※検査の結果表がない場合のみ、医師等に記入してもらってください。

## 【実施機関記入欄】

特定健診機関コード（10桁）									
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

項目		結果	項目		結果
身体計測	身長 (cm)		他覚症状	1 有	「有」の場合、下記に具体的に記入 ( )
	体重 (kg)			2 無	
	B M I				
	腹囲 (cm)				
血圧	収縮期 (mmHg)		メタリックシンドローム判定	1 基準該当・2 予備群該当・3 非該当	
	拡張期 (mmHg)				
血液・生化学	HDL-C (mg/dl)		医師の診断		
	LDL-C (mg/dl)				
	中性脂肪 (mg/dl)				
	GOT (AST) (IU/l)		判断した医師の氏名		
	GPT (ALT) (IU/l)				
	γ-GTP (IU/l)				
	空腹時血糖 (mg/dl) (注4)				
	HbA1c (%) (注4)		乳腺検査 (所見)		
尿検査	糖	1- 2± 3+ 4++ 5+++	*マンモグラフィまたは超音波		
	蛋白	1- 2± 3+ 4++ 5+++	子宮頸部検査 (所見)		
			*子宮頸部細胞診（医師採取）。子宮頸部細胞診が実施できない場合のみHPV検査可		

- 《作成上の注意》
1. 「特定健診機関コード（10桁）」は、特定健診機関コードをお持ちの場合に記入。
  2. 「既往歴」「自覚症状」「他覚症状」は、該当する番号を○で囲み、「1有」の場合は具体的な内容を記入。
  3. 「服薬歴」「喫煙歴」「尿検査」「便潜血」「メタリックシンドローム判定」は、該当するものを○で囲んでください。
  4. 「空腹時血糖」「HbA1c」のうち、どちらか一方のみ実施した場合は、実施した項目の数値を記入。
  5. 「医師の診断」は、①各項目に関する所見 ②人工透析等により実施できない項目があった場合の理由を記入。
  6. 「乳腺検査」および「子宮頸部検査」の項目は、実施した場合のみ結果を記入。

上記について証明いたします。

令和 年 月 日

検診機関名 \_\_\_\_\_

代表者名 \_\_\_\_\_

T E L \_\_\_\_\_

検診機関コード	9	9	9	9	9
---------	---	---	---	---	---

東京西南私鉄連合健康保険組合  
TEL 03-3462-6557 事 013-5 保存期限（5年）