

(任意継続被保険者用)

理事長	常務理事	事務長	発議

### 人間ドック補助金申請書

フジ日本健康保険組合理事長殿

任意継続被保険者

被保険者氏名 \_\_\_\_\_

下記の通り人間ドックを受診しましたので補助金の交付を申請します。  
(被扶養配偶者の申請をされる方は、被保険者と同時に申請してください)

記号番号	780 -			
被 保 険 者	氏名			
	受診日	令和	年	月 日
	費用額	円		
配 偶 者	氏名			
	受診日	令和	年	月 日
	費用額	円		

添付書類 1、人間ドック費用の領収書 (原本)

注意：必ず原本を添付して下さい。

原本が必要な場合は、確認後お返しいたしますので、返信用封筒(切手貼付)と一緒に  
お送りください。

- 2、健診結果 (コピー)
- 3、特定健診受診券 (セット券)
- 4、問診票

※健診結果に問診内容の記載がある場合は、問診票の添付は不要です。

問診内容の記載がない場合は、以下2点を健診結果の空欄にご記入ください。

- ① 喫煙の有無
- ② 服薬 (高血圧・高脂血症・糖尿病) の有無

・本書面及び添付書類に記載された内容や本申請において知り得た個人情報について他の目的の為に利用したり  
第三者に提供することはありません。

健保使用欄	支給日	年	月	日
	支給合計	円		

《裏面をご確認ください》

## 人間ドック補助金対象検査項目について

---

健診機関により人間ドックの内容には若干の違いはありますが、当健保では下記項目がすべて含まれている人間ドックについて補助金の対象としています。脳ドック、胸腹部 CT ドック等の単独ドックは認められませんのでご注意ください。

また、**早期発見・早期治療の為の疾病保健事業**ですので、**原則として検査項目の削除は認めておりません。特別な事情がある場合は、受診する前に健康保険組合までご相談ください。**

### 記

1. 問診（服薬歴、喫煙歴、既往歴、自覚症状、他覚症状の有無）
2. 身長、体重、BMI、腹囲
3. 血圧
4. 尿検査（糖、たんぱく、潜血）
5. 血液脂質検査（中性脂肪、HDL-コレステロール、LDL-コレステロール、総コレステロール）
6. 血液肝機能検査（GOT、GPT、 $\gamma$ -GTP、ALP）
7. 代謝系検査（空腹時血糖あるいはHbA1c、尿酸）
8. 聴力検査（オーディオ）
9. 視力検査
10. 血球系検査（赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値、白血球数）
11. 腎機能検査（クレアチニン、eGFR）
12. 免疫便潜血反応検査（2日法）
13. 胃部レントゲン検査（直接撮影）もしくは胃部内視鏡（胃カメラ）
14. 胸部レントゲン
15. 心電図

以上