

## 【申請のご案内】

## 人間ドック・PET・脳ドックを受けられる皆様へ

特定健康診査(特定健診)対象の40歳以上の被保険者、被扶養者の皆様の健康管理を目的に、各種ドックの補助制度を設けています。(詳細については、下記説明文をご参照下さい。)  
極東開発健康保険組合では、人間ドック・PET・脳ドックのうち、いずれかの補助を年度内に1回のみ補助しております。(受診日が4月1日から翌年3月31日までの1年度内に1回限。)  
申請時には検査結果、質問票(特定健診 質問票)を添付してください。

対象者	補助金額(円)	申請書提出期限
年度末の3月31日時点で、40歳以上の被扶養者・被保険者	31,000円を限度として検診費用の1/2を補助	当該年度末 3月31日までに健保必着 (注)

(注) 3月31日健保必着に間に合わない場合、事前にご連絡下されば、出来る限り対応させていただきます。

### ★人間ドックをお受けになられる方へ

人間ドック補助は、受診券を使って受ける特定健診や事業主健診(定期健診)よりも、より詳しい検査をしたい方への補助をさせていただくものです。

特定健診の補助の代わりに、という理由から、**必ず特定健診の必須項目が含まれている事が申請条件**となります。このため人間ドックを受けられる場合は、事前に健診機関に対し「**特定健診の必須項目(注1)**」が含まれているかを、御確認ください。(特定健診の必須項目は、国への報告が法律で義務付けられているためです。)

特定健診の補助として人間ドックか、受診券を使って受ける特定健診か、極東開発グループの事業主健診(定期健診)かの、いずれかを1年度中に1つだけ補助をさせていただきますので、重複受診にならないようご注意ください。なお、人間ドックのオプションとしてPETや脳ドックが付属している場合は、人間ドックとしてまとめて1件として受付ますが、必ず人間ドックの付属分だと解るようにしてください。(単体の検査を別に受けられると、どちらかの補助ができなくなります。)

#### …受診券をお送りした皆様へのお願い…

特定健診を無料で受けていただける「受診券」は、40歳以上の被扶養者と任意継続被保険者およびその被扶養者のかたに毎年4月ごろお送りしています。「受診券」をご利用いただくと、特定健診費用を全額、健保組合が負担します。このため人間ドックを受けられた場合には、二重の補助になるため「受診券」はご利用になれません。人間ドックの補助金交付申請書をご提出される際には、必ず「受診券」のご返却をお願いいたします。

### ☆PET または 脳ドック を単体でお受けになられる方へ

単体で受けた場合のご案内です。人間ドックのオプションとして受けられた場合は、人間ドックの説明をお読みください。PET または 脳ドックを単体で受けられる場合は、人間ドックと違い「**特定健診の必須項目(注1)**」が全て含まれていない場合もあるため、できるだけ特定健診の必須項目が入った内容で、お受けくださいますよう皆様の御協力をお願いいたします。なお、「**特定健診の必須項目(注1)**」を全て含まない内容であっても、単体で受けられたPETまたは脳ドックの補助金交付申請は可能です。単体で受けられたPETまたは脳ドックに「**特定健診の必須項目(注1)**」の全てを含まない場合は特定健診の代わりになりませんので、極東開発グループの事業主健診(定期健診)、受診券利用の特定健診は受診いただけません。

**(注1)「特定健診の必須項目」** 人間ドック受診の際は検査項目に必ず含めてください。

特定健診項目	身長、体重、BMI、腹囲、理学的所見(身体診察)、血圧、中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール、
(申請時必須項目)	AST(GOT)、ALT(GPT)、 $\gamma$ -GTP、空腹時血糖又はHbA1c、尿検査の尿糖と尿蛋白、医師の診断、特定健診質問票。

その他、ご申請いただいた内容について、健保組合からお問い合わせさせていただく場合がございます。

極東開発健康保険組合 〒661-0026 尼崎市水堂町2丁目40-5  
電話 06-6438-6009 FAX 06-6438-6019

【申請のご案内】(2015.9)

# 【人間ドック・PET検診・脳ドック】補助金交付申請書

申請日: 2018年 11月 28日

↑ どの申請か○を付けてください

事業所所在地 西宮市甲子園口6丁目1-45  
 事業所名 極東開発工業株式会社  
 事業主氏名 高橋 和也

社長の  
丸印

管理部門 確認者印  
 団富 虎九

保険証記号 100 番号 1111

下記のとおり必要書類を添付のうえ、申請いたします。

被保険者  
社員コード・氏名 11111 極東太郎 極東

現住所 〒 123 - 4567 TEL( 0123 ) 123 - 4567  
 西宮市甲子園口999-888-777

ドック・PET (フリガナ) (キョクトウ ハナコ) 受診者の (フリガナ) 極東 花子 被保険者との 続柄 妻 受診者の 生年月日 S43 年 1 月 11 日 受診者の 年齢 50 歳

ドック・PET 受診日	受診医療機関名	検診費用	支給額 (健保記入欄)
2018年 11月 10日	西宮人間ドック健診センター	42,000円	31,000円を限度として 検診費用の1/2を補助 21,000円

## 【申請時の確認チェック欄】

- 「申請のご案内」を読んで頂けましたか？ (健保組合ホームページまたは極東図書館の申請書ファイルをご確認ください。)
- 検査結果(写しで可)と、質問票(特定健診 質問票)を添付しましたか？
- 国への報告用XMLデータを電子媒体に保管したものを添付しましたか？ (XMLデータは健診機関が作成してくれるものです)
- 領収書は原本を添付しましたか？
- 受診券を添付しましたか？ (被扶養者と、任意継続被保険者及びその被扶養者のみ)
- 年度内に2回受診・申請していませんか？ (受診日基準、毎年度4月1日から翌3月31日までの分を当該年度分として1回補助。)

## 【上記チェック欄で確認できましたら、領収書を貼付したこの申請書と必要書類を提出してください。】

⇒被保険者の方は事業主へ提出(管理課等)。 被扶養者、任意継続の方は直接健康保険組合へ提出。(事業主印不要)  
 交付は、被保険者・被扶養者には給与支給日に給与口座に。任意継続被保険者・被扶養者には健保支払日に指定口座に振込みます。  
 健保組合への本申請書提出期限は、当該年度3月31日です。(間に合わない場合は、健保組合に必ずご相談ください。)

### 貼り付け例

領収書

受診者 極東花子 様

西宮人間ドック健診センター 西宮人  
間ドック健

西宮市\*\*町\*-\*-\*  
 TEL(0798)\*\*-\*\*\*\*  
 FAX(0798)\*\*-\*\*\*\*

2018-11-10 10:18 No.037

検診費用 計	¥42000
ご請求額	¥42000

# 【人間ドック・PET検診・脳ドック】補助金交付申請書

申請日： 年 月 日

↑ どの申請か○を付けてください

事業所所在地

事業所名

事業主氏名

管理部門 確認者印

印

印

保険証記号

番号

下記のとおり必要書類を添付のうえ、申請いたします。

被保険者  
社員コード・氏名

印

現住所	〒 - TEL( ) -				
ドック・PET (フリガナ) 受診者氏名	( ) 被保険者との 続柄	受診者の 生年月日	年 月 日	受診者の 年齢	歳
ドック・PET 受診日	受診医療機関名	検診費用	支給額 (健保記入欄)		
年 月 日		円	31,000円を限度として 検診費用の1/2を補助	円	円

## 【申請時の確認チェック欄】

- 「申請のご案内」を読んで頂けましたか？ (健保組合ホームページまたは極東図書館の申請書ファイルをご確認ください。)
- 検査結果(写しで可)と、質問票(特定健診 質問票)を添付しましたか？
- 国への報告用XMLデータを電子媒体に保管したものを添付しましたか？ (XMLデータは健診機関が作成してくれるものです)
- 領収書は原本を添付しましたか？
- 受診券を添付しましたか？ (被扶養者と、任意継続被保険者及びその被扶養者のみ)
- 年度内に2回受診・申請していませんか？ (受診日基準、毎年度4月1日から翌3月31日までの分を当該年度分として1回補助。)

## 【上記チェック欄で確認できましたら、領収書を貼付したこの申請書と必要書類を提出してください。】

⇒被保険者の方は事業主へ提出(管理課等)。 被扶養者、任意継続の方は直接健康保険組合へ提出。(事業主印不要)  
交付は、被保険者・被扶養者には給与支給日に給与口座に。任意継続被保険者・被扶養者には健保支払日に指定口座に振込みます。  
健保組合への本申請書提出期限は、当該年度3月31日です。(間に合わない場合は、健保組合に必ずご相談ください。)

第三期 特定健診 質問票 

記入日

年 月 日

氏名  
コード

保険証  
記号

保険証  
番号

会社名	フリガナ	生年月日(西暦)	
部署名	氏名	年 月 日	歳

必須項目のため、ご記入をお願いいたします。(健診の結果表に同様の記載が無い場合は必ずご記入下さい)

質問項目	ご回答欄
① 既往歴をご記入ください。(未記入の場合は「特に無し」と判断いたします)	
② 自覚症状をご記入ください。(同上)	
③ 医師が指摘した他覚症状があればご記入ください。(同上)	
④ 医師の診断(判定)をご記入ください。(同上)	
⑤ 健康診断を実施した 医療機関と、医師名	医療機関名 医師名

該当するものに ○を付けて下さい。(タバコを吸われる方は1日に吸う本数を記入。)

1-3	現在、以下 a~c の薬を医師の判断・治療のもとで服薬中ですか?			
1	a. 血圧を下げる薬	はい	いいえ	
2	b. 血糖を下げる薬またはインスリン注射	はい	いいえ	
3	c. コレステロールや中性脂肪を下げる薬	はい	いいえ	
4	医師から、脳卒中(脳出血、脳梗塞など)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか	はい	いいえ	
5	医師から、心臓病(狭心症、心筋梗塞など)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか	はい	いいえ	
6	医師から、慢性腎臓病や腎不全にかかっているといわれたり、治療(人工透析など)を受けていますか	はい	いいえ	
7	医師から、貧血といわれたことがある	はい	いいえ	
8	現在、タバコを習慣的に吸っている (※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、「合計100本以上、又は6ヶ月以上吸っている者」であり、最近1ヶ月間も吸っている者)	はい	本/日	いいえ
9	20歳の時の体重から10kg以上増加している	はい	いいえ	
10	1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2回以上、1年以上実施している	はい	いいえ	
11	日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施している	はい	いいえ	
12	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い	はい	いいえ	
13	食事をかんで食べる時の状態は、どれに当てはまりますか	①何でもかんで食べることができる ②歯や歯ぐき、かみあわせなど気になる部分があり、かみにくいことがある ③ほとんどかめない		
14	人と比較して食べる速度が速い	速い	ふつう 遅い	
15	就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ある	はい	いいえ	
16	朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取していますか	毎日	ときどき ほとんど無い	
17	朝食を抜くことが週に3回以上ある	はい	いいえ	
18	お酒(清酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度	①毎日 ②ときどき ③ほとんど飲まない(飲めない)		
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量 日本酒1合(180ml)の目安: ビール500ml、焼酎25度(110ml)、ウイスキーダブル1杯(60ml)、ワイン2杯(240ml)	①1合未満 ②1~2合未満 ③2~3合未満 ④3合以上		
20	睡眠で休養が十分とれている	はい	いいえ	
21	運動や食生活などの生活習慣を改善してみようと思いませんか	①改善するつもりは無い ②改善するつもりである(概ね6ヶ月以内には) ③近いうちに(概ね1か月以内)改善するつもりであり、少しずつ始めている ④すでに改善に取り組んでいて6ヶ月未満だ ⑤すでに改善に取り組んでいて6ヶ月以上経った		
22	生活習慣の改善について保健指導を受ける機会があれば利用しますか	はい	いいえ	

質問票は、国への特定健診実績報告の際に必要なため、御手数ですが健診結果の写しと一緒にご提出ください。(受診者情報は匿名化されます。)