

被保険者の方

受診・申請前にご確認下さい。

人間ドック・PET・脳ドックを受けられる皆様へ 【補助金申請のご案内】

特定健康診査(特定健診)対象の40歳以上の被保険者(当該年度に40歳に到着する方を含む)の皆様の健康管理並びに生活習慣病の予防を目的に各種ドックの補助制度を設けております。

対象者	年度末の3月31日時点で40歳以上の被保険者
受診期間	4月1日～翌年3月31日までの1年度内に1回限
補助金額(円)	上限31,000円を限度として健診費用の1/2を補助 (人間ドック・脳ドック・PET・オプション検査・特定健診の消費税を含む 実際にかかった費用総額の半額)
受診方法	健診機関の指定はありませんので、ご自身で予約し受診して下さい (契約医療機関 有)
申請時提出書類	補助金交付申請書(領収書原本添付)・健診結果(コピー)・健診カード
申請書類提出期限	当該年度末 3月末日 健保必着(注) (★健保の指定する当年度期限日必着のこと)

(注) 健診結果が交付されておらず3月31日健保必着に間に合わない場合は必ず事前連絡願います。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、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ご確認ください。(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、極東開発グループの事業主健診(定期健診)かのいずれかを補助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、その他オプション検査を受診することは可能です。**※人間ドックを受けられる場合、会社の定期健診を受けないことを、事前に管理課に必ず連絡してください。**

《PETまたは脳ドック等を単体でお受けになられる方へ》

PETまたは脳ドック等を**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または脳ドック等の補助金交付申請は可能です。単体で受けられたPETまたは脳ドック等に「**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はなりませんので、必ず極東開発グループの事業主健診(定期健診)等で「**特定健診の必須項目(注1)**」を受診していただきますようお願いいたします。

◆下記健診項目は人間ドック受診の際に検査項目に必ず含めてください。

【申請時必須項目】 ※人間ドック受診の際、胃透視検査(バリウム)または、内視鏡検査(胃カメラ)を受診する場合は【CEA】は不要です。

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、AST(GOT)、ALT(GPT)、 γ -GTP、空腹時血糖又はHbA1c、尿検査の尿糖と尿蛋白、医師の診断、特定健診質問項目
定期健診項目(安衛則第44条で必要項目含む)	視力検査、聴力検査(1000Hz/4000Hz)、胸部エックス線検査、心電図検査(安静時)

その他、ご申請いただいた内容について、健保組合からお問合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

〒541-8519 大阪市中央区淡路町2丁目5-11

電話 06-6205-7825

FAX 06-6205-7840

《被保険者》

【人間ドック・PET検診・脳ドック】補助金交付申請書

申請日： 2023 年 6 月 1 日

↑ どの申請か○を付けてください

事業所所在地 大阪府大阪市中央区淡路町二丁目5-11

管理部門 確認者印

事業所名 極東開発工業株式会社

団富

虎九

事業主氏名 布原 達也

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

現住所	〒 123 - 4567		TEL(0123) 123 - 4567				
	西宮市甲子園口999-888-777						
(フリガナ)	(キョクトウ タロウ)	被保険者との	本人	受診者の	S48 年 4 月 20 日	受診者の	50 歳
受診者氏名	極東 太郎	続柄		生年月日		年齢	
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)			
2023 年 4 月 20 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		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？
- 検査結果(写しで可)を添付しましたか？
- 健診カードを添付しましたか？(事業主健診など受診済で脳ドックなど単体ドックを受診された方は健診カードは不要です)
- XMLデータを添付しましたか？(健診機関に作成していただいた方のみ)
- 領収書は原本を添付しましたか？
- 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)。

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月末日です。(健保の指定する当年度期限日必着)

※補助金申請時、健診結果が交付されておらず提出期限に間に合わない場合は事前に(受診後)健保へ必ず連絡してください。

貼り付け例

領収書	
受診者	極東太郎 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)**-****	
2023-4-20 10:18 No.037	
検診費用 計	¥42000
ご請求額	¥42000

問合先・送付先 極東開発健康保険組合

〒541-8519 大阪市中央区淡路町2丁目5-11 TEL(06)6205-7825

【人間ドック・PET・脳ドック】(2023.4改)

《被保険者》

【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

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

現住所 〒 - TEL() -

(フリガナ) () 被保険者との 受診者の 受診者の
受診者氏名 続柄 生年月日 年 月 日 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

【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？
- 検査結果(写しで可)を添付しましたか？
- 健診カードを添付しましたか？(事業主健診など受診済で脳ドックなど単体ドックを受診された方は健診カードは不要です)
- XMLデータを添付しましたか？(健診機関に作成していただいた方のみ)
- 領収書は原本を添付しましたか？
- 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)。

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月末日です。(健保の指定する当年度期限日必着)

※補助金申請時、健診結果が交付されておらず提出期限に間に合わない場合は事前に(受診後)健保へ必ず連絡してください。

問合先・送付先

極東開発健康保険組合

〒541-8519 大阪市中央区淡路町2丁目5-11 TEL(06)6205-7825

【人間ドック・PET・脳ドック】(2023.4改)

被扶養者・任意継続被保険者及びその被扶養者の方

人間ドック・PET・脳ドックを受けられる皆様へ 【補助金申請のご案内】

受診・申請前
にご確認下さい。

特定健康診査(特定健診)対象の40歳以上の被扶養者・任意継続被保険者及びその被扶養者(当該年度に40歳に到着する方を含む)の皆様の健康管理並びに生活習慣病の予防を目的に各種ドックの補助制度を設けております。

対象者	年度末の3月31日時点で40歳以上の被扶養者・任意継続被保険者及びその被扶養者
受診期間	4月1日～翌年3月31日までの1年度内に1回限
補助金額(円)	上限31,000円を限度として健診費用の1/2を補助 (人間ドック・脳ドック・PET・オプション検査・特定健診の消費税を含む 実際にかかった費用総額の半額)
受診方法	健診機関の指定はありませんので、ご自身で予約し受診して下さい (契約医療機関 有)
申請時提出書類	補助金交付申請書(領収書原本添付)・健診結果(コピー)・質問票(特定健診 質問票)
申請書類提出期限	当該年度末 3月末日 健保必着(注) (★健保の指定する当年度期限日必着のこと)

(注) 健診結果が交付されておらず3月31日健保必着に間に合わない場合は必ず事前連絡願います。出来る限り対応させて頂きま

《人間ドックをお受けになれる方へ》

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ご確認ください。(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』を使用して受ける特定健診か、巡回型家族健診(女性のみ)のいずれかを補助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、その他オプション検査を受診することは可能です。

☆☆☆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」を、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。

特定健診の代わりに人間ドックを受けられた場合には、両方の受診は出来ませんので「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」及び「巡回型家族健診受診ガイド」のご返却をお願いいたします。

《PETまたは脳ドック等を単体でお受けになれる方へ》

PETまたは脳ドック等を**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または脳ドック等の補助金交付申請は可能です。単体で受けられたPETまたは脳ドック等に「**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はなりません。必ず「受診券」利用の特定健診や巡回型家族健診(女性のみ)で「**特定健診の必須項目(注1)**」を受診していただきますよう、お願いいたします。

(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 (申請時必須項目)	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、AST(GOT)、ALT(GPT)、 γ -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、健保組合からお問合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

〒541-8519 大阪市中央区淡路町2丁目5-11

電話 06-6205-7825

FAX 06-6205-7840

《被扶養者・任意継続被保険者及びその被扶養者用》

【人間ドック・PET検診・脳ドック】補助金交付申請書

申請日: 2023年 6月 1日

↑ どの申請か○を付けてください

保険証記号		100	番号	1111			
被保険者 社員コード・氏名		11111	極東太郎				
現住所	〒 123 - 4567 TEL(0123) 123 - 4567 西宮市甲子園口999-888-777						
(フリガナ) 受診者氏名	(キョクトウ ハナコ) 極東 花子	被保険者との 続柄	妻	受診者の 生年月日	S43 年 4 月 5 日	受診者の 年齢	55 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)			
2023年 4月 5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 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？
- 検査結果と質問票(特定健診 質問票)を添付しましたか？
- XMLデータを添付しましたか？(健診機関に作成していただいた方のみ)
- 領収書は原本を添付しましたか？
- 巡回型家族健診(京都工場保健会実施分)は受診していませんか？
- 受診券及び巡回型家族健診受診ガイドを添付しましたか？(ドック受診の方はご返却下さい)
- 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月末日です。(健保の指定する当年度期限日必着)

※補助金申請時、健診結果が交付されておらず提出期限に間に合わない場合は事前に(受診後)健保へ必ず連絡してください。

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	
西宮市**町*-*-*	
TEL(0798)**-****	
FAX(0798)**-****	
2023-4-5 10:18 No.037	
検診費用 計	¥42000
ご請求額	¥42000

問合先・送付先 極東開発健康保険組合
〒541-8519 大阪市中央区淡路町2丁目5-11 TEL(06)6205-7825

【人間ドック・PET・脳ドック】(2023.4改)

《被扶養者・任意継続被保険者及びその被扶養者用》

【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

下記のとおり必要書類を添付のうえ、申請いたします。

保険証記号		番号	
被保険者 社員コード・氏名			

現住所	〒 - TEL() -		
(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

【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？
- 検査結果と質問票(特定健診 質問票)を添付しましたか？
- XMLデータを添付しましたか？(健診機関に作成していただいた方のみ)
- 領収書は原本を添付しましたか？
- 巡回型家族健診(京都工場保健会実施分)は受診していませんか？
- 受診券及び巡回型家族健診受診ガイドを添付しましたか？(ドック受診の方はご返却下さい)
- 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月末日です。(健保の指定する当年度期限日必着)

※補助金申請時、健診結果が交付されておらず提出期限に間に合わない場合は事前に(受診後)健保へ必ず連絡してください。

問合先・送付先 極東開発健康保険組合

〒541-8519 大阪市中央区淡路町2丁目5-11 TEL(06)6205-7825

【人間ドック・PET・脳ドック】(2023.4改)

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
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。)