

令和5年度 健康診断・人間ドック実施補助金支給申請書

補助金申請欄	人数	請求金額合計	
	人	補助限度額 一人付40,000円まで	円

振込先	金融機関コード	店番号	種別	普通・当座・他()	フリガナ
	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合	支店 本店 出張所	口座番号		名義

※お願い 振込先は、第一種組合員名義(法人名義)の口座でお願いいたします。診療所内でまとめていただきご申請ください。

請求明細表

記号番号	被保険者氏名	生年月日	受診日	費用
31-		大・昭 年 月 日 (満 歳)	令和 年 月 日	
31-		大・昭 年 月 日 (満 歳)	令和 年 月 日	
31-		大・昭 年 月 日 (満 歳)	令和 年 月 日	
31-		大・昭 年 月 日 (満 歳)	令和 年 月 日	
31-		大・昭 年 月 日 (満 歳)	令和 年 月 日	
31-		大・昭 年 月 日 (満 歳)	令和 年 月 日	
31-		大・昭 年 月 日 (満 歳)	令和 年 月 日	
31-		大・昭 年 月 日 (満 歳)	令和 年 月 日	
31-		大・昭 年 月 日 (満 歳)	令和 年 月 日	
31-		大・昭 年 月 日 (満 歳)	令和 年 月 日	
31-		大・昭 年 月 日 (満 歳)	令和 年 月 日	

上記のとおり必要書類を添付の上、申請いたします。

令和 年 月 日

〒

住所

記号番号	31 -								
------	------	--	--	--	--	--	--	--	--

氏名

印

神奈川県医師国民健康保険組合 理事長 殿

※ この申請で知り得た個人情報、法令に定める場合を除き、組合業務の目的以外で使用することはありません。

【送付先】 〒231-0037 神奈川県横浜市中区富士見町3-1 神奈川県総合医療会館4階
神奈川県医師国民健康保険組合 Tel (045) 231-2685

【提出期限】 令和6年4月30日まで

健康診断・人間ドック実施補助について

40歳以上の方を対象に、健康診査等の費用の一部補助を実施いたします。

健康診査に限り自家健診を認めておりますので、自己の診療所で健康診査をされた場合(自家健診)でも、ご申請いただけます。

下記の内容をご確認いただき、ご申請をお願いいたします。

記

- ・実施期間 令和5年4月1日～令和6年3月31日
- ・対象者 満40歳以上の医師国保加入者
- ・補助内容 健康診断(人間ドック(脳ドック等))や胃カメラ、各種癌検査、婦人科検査等の検査費用補助
【注】保険証を使って受診されたものにつきましては補助の対象外となります。
- ・補助限度額 @ 40,000円(年度内一人につき一回限り)
- ・申請方法 裏面の申請書に必要事項をご記入の上、添付書類を同封し、診療所内でまとめてご申請ください。
- ・申請期限 **令和6年4月30日まで**
【注】申請期限内にご提出ください。
申請期限を過ぎますと、期間内に実施されていても、補助金のお支払をすることが出来ませんのでご了承ください。

◇ 胃カメラ、脳ドック、各種癌検査、婦人科検査等を受けられた方

申請書に以下のいずれか1つを添付してご申請ください。

- ・領収書のコピー(受検項目をご記載ください)
- ・検査結果のコピー
- ・受検項目及び費用が書かれたもの(メモ書き等)

◇ 健康診断(人間ドック)を受けられた方(40歳から74歳)

- 自家健診又は特定健診実施医療機関外(契約健診機関外)で健康診断(人間ドック)を受診
申請書に以下の3点を添付してご申請ください。(自家健診の場合は領収書の添付は不要です)

- ・領収書のコピー
- ・問診票(特定健康診査票に記載の22項目)
- ・検査結果のコピー

〔 身長、体重、BMI、腹囲、血圧、尿糖、尿蛋白、中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール 又は non-HDLコレステロール、GOT(AST)、GPT(ALT)、 γ -GT(γ -GTP)、空腹時血糖 又は HbA1c 又は 随時血糖、医師氏名の欄 〕

※指定の様式はございませんが、代用として「特定健康診査票」の問診欄・検査結果欄をご利用ください。

- 契約健診機関で健康診断(人間ドック)を受診

契約健診機関で、人間ドックを受診された場合、受診医療機関が医師国保に補助(4万円)の申請を行いますので、受けられた方は、補助の申請は不要です。

(注)高額な人間ドックやオプション検査等の費用(窓口で請求された金額)につきましては、補助額を超えた場合は自己負担となります。


◇ 後期組合員(75歳以上)の方

申請書に以下のいずれか1つを添付してご申請ください。


- ・領収書のコピー(受検項目をご記載ください)
- ・検査結果のコピー
- ・受検項目及び費用が書かれたもの(メモ書き等)

特定健診・健診補助 Q & A


Q 胃カメラや婦人科検査などの検査を、複数の医療機関で受けた場合、申請はどうしたら良いですか？

A  全ての検査が終わりましたら、各医療機関の領収書のコピーを健診補助金支給申請書に添付の上、ご申請ください。（健診補助限度額 4 万円）


Q 自医院（勤務先）は特定健診の集合契約に参加していませんが、家族や職員の特定健診を実施した場合、医師国保から費用の補助はありますか？

A  医師国保へご請求ください。
「健康診断・人間ドック実施補助金支給申請書」に、問診票・検査結果のコピー・領収書のコピーを付けてご申請ください。

Q 自医院で特定健診を実施した費用は、医師国保と国保連合会（医師会）の両方へ請求することが出来ますか？

A  二重請求になりますので出来ません。
集合契約に参加されている医療機関の特定健診のご請求先は、連合会（医師会）になります。

Q 契約健診機関で人間ドックを受診しました。
オプション検査を付けた為、窓口で人間ドックの費用を請求されましたが、その費用も医師国保に申請出来ますか？

A  窓口で請求された金額で医師国保の補助限度額（4 万円）を超えた場合は、申請出来ません。高額な人間ドックや、人間ドックにオプション検査を付けた場合など、補助限度額を超えた場合は自己負担となります。

Q 職員の健診の受けた月が異なる場合は、申請はどうしたら良いですか？

A 皆様の健診が終わりましたら、月が異なる場合でも、診療所内でまとめてご申請ください。

Q 毎年、職員の健診（人間ドック）をしています。健診補助金支給申請書に添付するのは領収書のコピーだけで良いですか？

A 検査結果の添付もお願いいたします。
国より、特定健診の受診目標率（70%）が定められており、現在乖離している状況です。
（令和 3 年度受診率 36.4%）

特定健診の受診率向上に、ご協力をお願いいたします。

問 診 票

記号番号	31-
氏名	

医療機関名	
受診年月日	令和 年 月 日

NO	質問項目	選択肢	回答欄 (番号)
1-3	現在、次の a ~ c の薬を服用していますか		
1	a. 血圧を下げる薬	①はい ②いいえ	
2	b. インスリン注射又は血糖を下げる薬	①はい ②いいえ	
3	c. コレステロールや中性脂肪を下げる薬	①はい ②いいえ	
4	医師から、脳卒中(脳出血、脳梗塞等)にかかっているとされたり、治療を受けたことがありますか。	①はい ②いいえ	
5	医師から、心臓病(狭心症、心筋梗塞等)にかかっているとされたり、治療を受けたことがありますか。	①はい ②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されたり、治療(人工透析)を受けていますか。	①はい ②いいえ	
7	医師から、貧血と言われたことがありますか。	①はい ②いいえ	
8	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 (※「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)	①はい ②いいえ	
9	20歳のときの体重から10kg以上増加していますか。	①はい ②いいえ	
10	1回30分以上軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施していますか。	①はい ②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ますか。	①はい ②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ですか。	①はい ②いいえ	
13	食事を噛んで食べる時の状態はどれにあてはまりますか。	① 何でも噛んで食べることができる ② 歯や歯茎、噛みあわせなどを気になる部分があり、噛みにくいことがある ③ ほとんど噛めない	
14	人と比較して食べる速度が速いですか。	①速い ②ふつう ③遅い	
15	就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ありますか。	①はい ②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。	①毎日 ②時々 ③ほとんど摂取しない	
17	朝食を抜くことが週3回以上ありますか。	①はい ②いいえ	
18	お酒(清酒、焼酎、ビール、洋酒など)はどの位の頻度で飲みますか。	①毎日 ②時々 ③ほとんど飲まない(飲めない)	
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量はどの位ですか。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。	①はい ②いいえ	
21	運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思っていますか。	①改善するつもりはない ②改善するつもりである(概ね6か月以内) 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既に改善に取り組んでいる(6か月未満) ⑤既に改善に取り組んでいる(6か月以上)	
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。	①はい ②いいえ	

健康診断個人票

氏名	(フリガナ)	健診年月日		
	(生年月日 年 月 日 歳)	令和	年	月 日

既往歴	
服薬歴	
自覚症状	
他覚症状	

項目		今回	前回	前々回
			年月日	年月日
身体計測	身長 (cm)			
	体重 (kg)			
	腹囲 (cm)			
	B M I			
血圧	収縮期血圧 (mmHg)			
	拡張期血圧 (mmHg)			
血中脂質検査	中性脂肪 (mg/dl)			
	HDL-コレステロール (mg/dl)			
	LDL-コレステロール (mg/dl)			
肝機能検査	G O T (IU/l)			
	G P T (IU/l)			
	γ-G T P (IU/l)			
血糖検査 <small>(いずれかの項目の実施で可)</small>	空腹時血糖 (mg/dl)			
	ヘモグロビンA1c (%)			
	随時血糖 (mg/dl)			
尿検査	糖			
	蛋白質			
その他検査				

医師の判断	
判断した医師氏名	