

疾病予防補助金申請書

令和 年 月 日

東海地区石油業健康保険組合 御中

下記のとおり実施しましたので、補助を申請します。

実施区分	申請する下記の項目に○を付けて下さい。(申請書1枚につき1項目) 1 人間ドック 2 若年層健診 3 特定健診 4 特定保健指導			
------	--	--	--	--

被保険者 記号番号	—	被保険者 氏名	
--------------	---	------------	--

被保険者 住所			
------------	--	--	--

受診者 氏名		続柄	
-----------	--	----	--

受診年月日	令和 年 月 日
-------	----------

健診機関 所在地・名称 ・電話番号	Tel () —
-------------------------	---

補助金の受領を下記事業主に委任します。	令和 年 月 日
被保険者氏名
事業所所在地	
事業所名称	
事業主氏名

確認欄	申請者本人(被保険者)が作成 または 申請者本人が上記記載内容を確認している。 <input type="checkbox"/>
-----	--

(注意事項)

1. 疾病予防の補助については、特定健診の項目を受けることが条件となっております。
2. 事業主が行う労働安全衛生法による健康診断についても、特定健診の項目を含む場合には若年層健診・特定健診の補助の対象となります。
3. 補助の申請には、健診機関の領収書の原本（受診者氏名・料金が明記されているもの、複数の場合は、各々の記号番号・健診日・氏名・料金が明記されたもの）、健診結果（写）、特定健診質問票を必ず添付してください。なお、事業所健診の場合はXMLデータ（標準様式）にて健診結果をご提出ください。
4. 健診結果（写し）・質問票が無い場合は補助ができません。保健指導については、指導結果が必要です。
5. 補助金は、事業所宛に振込をさせていただきます。
6. 補助については年度内に一回、また他の健診補助と併用はできません。重複して給付を受けた場合は返還いただきますのでご注意ください。
7. 人間ドックは35歳以上、特定健診・特定保健指導は40歳以上、若年層健診については30歳以上が補助の対象です。
8. 確認欄の□には本人確認後必ず✓を付けてください。記載がない場合は受理できません。

※健診結果（質問票を含む）については、組合と事業所が協働して実施する保健指導や受診勧奨等に活用させていただきます。また、「個人情報保護」に万全を期し、目的以外には使用しません。

人間ドック検査項目表

区分	項目	備考				
必須項目	身体計測	身長				
		体重				
		肥満度	省略可			
		BMI				
		腹囲				
	生理	血圧				
		心電図				
		心拍数				
		眼底				
		眼圧				
		視力				
		聴力				
		呼吸機能	1秒率	%肺活量	%1秒量	
	X線・超音波	胸部X線				
		上部消化管X線	食道	胃	十二指腸	
		腹部超音波	肝臓	胆のう	膵臓	腎臓
	生化学	総蛋白				
		アルブミン				
		クレアチニン				
		eGFR				
尿酸						
総コレステロール						
HDLコレステロール						
LDLコレステロール						
Non-HDLコレステロール		LDLコレステロールがある場合は省略可				
中性脂肪						
総ビリルビン						
AST(GOT)						
ALT(GPT)						
γ-GT(γ-GTP)						
ALP						
空腹時血糖						
HbA1c						
血液学	赤血球					
	白血球					
	血色素					
	ヘマトクリット					
	MCV					
	MCH					
	MCHC					
	血小板数					
血清学	CRP					
尿		尿蛋白	尿糖	潜血	沈渣(蛋白・潜血が陰性の場合省略可)	
便	潜血	2日法				
診察・問診		問診票は特定健診質問票22項目を含むこと				