

(事務連絡)
令和7年3月18日

事業主様

東海地区石油業健康保険組合

令和7年度 健診等の補助について（ご案内）

早春の候、益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

平素は、当健康保険組合の事業運営につきまして格別のご理解とご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、令和7年度の健診等における疾病予防補助について、下記のとおりご案内いたします。ご多忙中かとは存じますがご留意くださるようよろしくお願いいたします。

記

1. 各健診の補助には、特定健診の検査項目を含み、健診結果等を提供していただくことが条件となります。（裏面参照）
2. 事業者^{※1}に義務付けられている労働安全衛生法による健診を実施した場合でも、1の条件をみたせば補助の対象となります。ただし、領収書が事業所名義の場合は、内訳一覧（受診者氏名・保険証の記号番号・健診日・料金を記載）を添付し、健診結果につきましては電子データ（厚生労働省が定める標準様式）にてご提出下さい。迅速かつ円滑な事務処理および正確な情報収集・保存のためにご協力をお願いいたします。
3. 人間ドック・特定健診・特定保健指導は40歳以上、成人病については30歳以上が補助の対象です。それぞれ年度末時点での年齢が適用されます。
4. 補助は健診日を起算日として年度内に1回となり、他の健診補助と併用することはできません。（重複して受給した場合は返還していただきます。）また、前年度分までは遡って給付対象としておりますが、保健指導を行う関係上、健診後は可能な限り速やかに申請いただくようご協力をお願いいたします。
5. 当組合の契約医療機関を利用した場合は、すでに窓口で補助額分を差し引いた金額でのお支払いとなりますので、その後の組合への申請は必要ありません。ただし、各健診機関によって提供している健診コース等の内容が異なりますので、確認の上受診して下さい。契約医療機関につきましてはホームページに掲載しています。なお、集合契約実施機関を利用する場合は事前に別途「特定健康診査受診券申請書」の提出が必要になりますのでご注意ください。
6. 健診結果等については、当組合の疾病予防事業やコラボヘルスなどに活用させていただくとともに、個人情報保護に万全を期し、目的以外には使用しません。

【申請に必要なもの】

- ・ 疾病予防補助金申請書^{※2}
- ・ 領収書の原本（受診者氏名・料金等が明記されているもの）
- ・ 健診結果（保健指導結果）：原則電子データ^{※1}・個人申請の場合は紙面（写）可
- ・ 特定健診質問票^{※2}：電子データの場合は必要なし

※1）厚生労働省が定める電子的標準様式(XML)となり、医療機関に依頼して作成いただくものになります。

※2）当組合のホームページ(<https://aiyukenpo.or.jp>)よりダウンロードできます。

健康は皆さまの重要な資産です。まずは一年に一度、健康診断を受けるところから始めましょう！

I. 補助の種類 年齢基準日：年度末

| 区分 | 人間ドック補助 | 特定健診補助 | 成人病補助 | 特定保健指導補助 |
|--------|-----------------------|----------------------|----------------------|-------------------|
| 40歳以上 | 健診料の8割 (上限15,000円) | 健診料の8割 (上限5,000円) | 健診料の8割 (上限3,000円) | 動機付け支援/積極的支援：全額補助 |
| 30~39歳 | 設定なし | 設定なし | | 設定なし |

II. 補助申請に必要な検査項目

【特定健診検査項目】 特定健診とは…メタボリックシンドロームに着目した健診です。

○…必須項目 □…医師の判断に基づき選択的に実施する項目 ■…いずれかの項目の実施でも可

| | | |
|--------------------|--|---|
| 診察 | 問診 他覚症状 自覚症状 既往歴 服薬歴(血圧・血糖・コレステロール) 喫煙歴 | ○ |
| | 身長 体重 BMI 腹囲 | ○ |
| | 血圧 | ○ |
| 脂質 | 空腹時中性脂肪(食後10時間以上)または随時中性脂肪(食後3.5時間未満は除く) HDLコレステロール LDLコレステロール(non-HDLコレステロールでも可) | ○ |
| 尿・腎機能 | 尿蛋白 | ○ |
| 心機能 | 12誘導心電図 | □ |
| 肝機能 | AST(GOT) ALT(GPT) γGT(γGTP) | ○ |
| 代謝系 | 空腹時血糖(食後10時間以上) | ■ |
| | 尿糖 | ○ |
| | ヘモグロビンA1c | ■ |
| | 随時血糖(食後3.5時間未満は除く) | ■ |
| 血液一般 | ヘマトクリット値 | □ |
| | 血色素量 | □ |
| | 赤血球数 | □ |
| 眼底検査 | | □ |
| 血清クレアチニン(eGFR) | | □ |
| メタボリック判定および判定した医師名 | | ○ |

▶食後の健診にはご注意ください。3.5時間以上経っていない場合、補助の対象から外れます。

III. 特定保健指導について

健診結果の階層化により特定保健指導対象者となった40歳以上の被保険者へは、組合より実施案内および申込書を送付します。なお、特定保健指導を契約している医療機関を利用する場合は、健診後に直接支援が行われます。

特定保健指導とは、対象者に生活改善を促し実践することにより、将来大病に罹るリスクを減らすことが目的です。企業としても一個人の問題と捉えず、積極的に支援を受けるようご配慮およびご協力をお願いします。

【注意事項】

上記IIに記載している必須項目が欠落(不足)している場合は全て不支給および返戻対象となりますので、特に事業所で健診を行う際は事前に医療機関へ確認いただく等申請に不備がないよう十分ご注意ください。

補助金は事業所口座へお振込みいたします。登録口座に変更がある場合は速やかに変更届をご提出下さい。

◆令和7年度の保健事業について◆

東海4県(愛知・三重・岐阜・静岡)にて歯科健診を実施予定です。詳しくは4月にお送りする「けんぽだより」またはホームページにてご確認ください。

令和7年度よりペーパーレス化を推し進めるにあたり隔月でお送りしていた「医療費のお知らせ」を廃止いたします。今後は組合が導入しているアプリ「Pep Up」(要登録)またはマイナポータルをご利用ください。