

特定健診 費用 申請書

お近くの医療機関にて健診されたい方は、特定健診項目だけが無料となります。

同一年度(4/1～3/31)内にレディース健診・人間ドッグ・女性健診の重複利用はできません。

記号【1桁】	番 号【4桁】	拠点 該当を○で囲んで下さい	所 属	被保険者氏名
		東京工場 ・ 岩倉工場 ・ 福崎工場 ・ ウイストン ・ 鳴海製陶 ・ 東京支店 ・ 大阪支店 ・ 姫路工場 ・ 任意継続		

* 記号番号は、保険証上段太字記載のものです。

1) 該当者氏名のご記入と該当に○をお願いします。 ※できれば(全員分)を同時に申請してください。

該当者氏名	生年月日	実施日	医療機関名	支給額(円)
	S・H 年 月 日			
	S・H 年 月 日			
			合 計	

健保使用欄	支給額	
-------	-----	--

2) 振込口座

金融機関	銀行 金庫 信組				本店 支店 出張所			
	普通							名義:被保険者本人

3) 添付書類

領収書(写) & 健診結果(写) & 質問票

4) 補助の条件

【 補 助 額 】 特定健診検査項目費用※ 全額
※オプション費用は、自己負担となります。ご了承願います。
※特定健診検査項目 : 別紙参照
(□の詳細項目は医師が必要と認めた場合に限る)

【 そ の 他 】 被保険者を通して、健康保険組合宛てご請求願います。

5) 予約から費用請求→ 費用支給→ プレゼント発送までの流れについて

各自ご予約→ 各自ご受診→ 健保宛(申請書+領収書(写)+健診結果(写)+質問票(別紙))提出
→健保受付→ 15日締、28日被保険者口座へお振込 (暦により多少ずれます)

Amazonギフトカードにつきましては、後日、受診者様宛に(少しお時間を頂きますが)発送いたします。
以上

別紙 特定健診(高齢者医療確保法)の項目

	項目名	高齢者医療確保法		
診察	既往歴	○		
	服薬歴	○		
	喫煙歴	○		
	業務歴			
	自覚症状	○		
	他覚症状	○		
身体計測	身長	○		
	体重	○		
	腹囲	○		
	BMI	○		
血圧	血圧(収縮期/拡張期)	○		
肝機能検査	AST(GOT)	○		
	ALT(GPT)	○		
	γ-GT(γ-GTP)	○		
血中脂質検査	空腹時中性脂肪	●注1)		
	随時中性脂肪	●注1)注2)		
	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)	○注3)		
血糖検査	空腹時血糖	●注1)		
	HbA1c	●		
	随時血糖	●注1)注4)		
尿検査	尿糖	○		
	尿蛋白	○		
血液学検査 (貧血検査)	ヘマトクリット値	□		
	血色素量[ヘモグロビン値]	□		
	赤血球数	□		
その他	心電図	□		
	眼底検査	□		
	血清クレアチニン(eGFR)	□		
	視力			
	聴力			
	胸部エックス線検査			
	喀痰検査			
医師の判断	胃の疾病及び異常の有無			
	医師の診断(判定)	○		
	医師の意見			

○…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可
※…必須ではないが、聴取の実施について協力依頼¹⁾

注1) 空腹時中性脂肪又は随時中性脂肪及び空腹時血糖又は随時血糖の判定のため、採血時間(食後)の情報は必須入力項目とする。
注2) やむを得ず空腹時以外に採血を行った場合は、随時中性脂肪により検査を行うことを可とする。
注3) 空腹時中性脂肪若しくは随時中性脂肪が 400mg/dl 以上又は食後採血の場合は、LDL コレステロールに代えてNon-HDLコレステロール(総コレステロールからHDLコレステロールを除いたもの)で評価を行うことができる。
注4) やむを得ず空腹時以外に採血を行い、HbA1c(NGSP値)を測定しない場合は、食直後(食事開始時から3.5時間未満)を除き随時血糖により血糖検査を行うことを可とする。