

# 特定健康診査費の健保補助概要

[特定健診の検査項目]

1. 対象者 **35～39歳の被扶養者および任意継続被保険者**  
特定健診に関する費用を一部補助します。
2. 予約・申請方法  
①受診したい医療機関へ『特定健診受診希望』と予約をする。  
②受診後、費用を全額支払い領収を受け取る。  
③健診結果が到着後、領収書を下記の補助申請書に添付し、会社担当者もしくは健保へ補助申請をする。  
(任意継続者は直接健保へ)  
④健保へ書類到着約2ヶ月後に会社経由にて振込。  
(任意継続者は健保登録口座へ振込み)
3. 補助額 **特定健診(右の表 参考)費用の80%(上限8,000円)**  
※検査項目の○印の揃っていない場合は補助対象外です
4. 申請方法 補助申請書に必要事項をご記入の上、領収書(レシート不可)と健診結果コピーを添付し、会社の担当者へ提出

検査内容		実施
問診		○
身体計測	身長	○
	体重	○
	腹囲	○
	BMI	○
血圧		○
脂質	中性脂肪	○
	HDLコレステロール	○
	LDLコレステロール	○
肝機能	GOT	○
	GPT	○
	γ-GTP	○
血糖	空腹時血糖	どちらか ○
	ヘモグロビンA1c	
	随時血糖(食直後不可)	
尿検査	糖	○
	蛋白	○
貧血	赤血球	■
	血色素量	■
	ヘマトクリット値	■
心電図検査		■
眼底検査		■
血清クレアチニン検査(eGFR)		■

○・・・必須検査

■・・・医師の判断による

## 特定健診費用補助 申請書

健保組合は皆さまの健康状態を把握し、保健事業全体の企画や個々の保健指導のために活用させていただきます。  
健診の結果は事業所と、共同で利用します。  
また、結果は個人情報として責任を持って管理させていただきます。詳しくはホームページをご覧ください。

上記事項と補助金を会社経由で受領することを承諾の上、申込みいたします。

事業所名					
保険証 記号	保険証 番号	被保険者氏名			㊞
受診者氏名	年齢 (年度末年齢)		被保険者 との続柄		
受診 医療機関名	受診日		年	月	日
質 問	1. 現在、医師の指示で下記の薬を服薬していますか。		2. 下記疾病の治療を受けたことがありますか。		
	(1) 血圧を下げる薬	はい・いいえ	(1) 脳卒中(脳出血、脳梗塞等)	治療中・過去治療・いいえ	
	(2) インスリン注射または血糖を下げる薬	はい・いいえ	(2) 心臓病(狭心症、心筋梗塞等)	治療中・過去治療・いいえ	
	(3) コレステロールを下げる薬	はい・いいえ	(3) 慢性腎不全	治療中・過去治療・いいえ	
	3. 現在、タバコを吸っていますか。		H30.4 トヨタ関連部品健康保険組合		