

決 裁	常務理事	事務長	事務次長	給付担当	担当

事業所振込年月日 年 月 日 : 支給額 円

健診費用支給申請書

事業所名称						
保険証記号番号		-	被保険者氏名			
申請するものに○を			健診種類		オプション項目	
被保険者	人間ドック	生活習慣病健診	脳ドック	PSA	乳がん	子宮がん
被扶養者	人間ドック	家族健診	脳ドック	PSA	乳がん	子宮がん
受診した医療機関の名称						
受診に要した費用			円（領収書金額）			
受診者の氏名			被保険者との続柄			
受診者の生年月日		年 月 日	受診時年齢		歳	
<small>○して下さい。</small> 別紙：特定健康診査の検査項目表にて全項目が含まれていることを確認☑のうえ申請します。						
提出年月日		年 月 日				

- ※ 契約健診機関以外に受診申込を行う際、健診項目には全ての特定健診項目(裏面記載)が含まれていることを必ず確認してください。
- ※ 特定健診項目(基本項目)が1つでも未受診の場合、健保組合からの費用補助は受けられません。
- ※ 健診費用は全額、窓口での立て替え払いになります。
- ※ 「健診費用支給申請書」に①領収書(原本)、②健診結果票(コピー)、③健診機関へ提出する「問診票」(コピー)を添付し提出してください。
- ※ 被保険者が契約健診機関以外で受診する際の健診項目詳細は事業所にご確認ください。
- ※ 前年度分は、4月15日までに提出してください。

事業所記入欄

DM三井製糖グループ健康保険組合 殿

受領受任者氏名

提出年月日

年 月 日

特定健康診査の検査項目表

必ず、健診結果票と照合のうえチェック☑してください。

	☑欄	特定健康診査項目
基本項目 (必須) 1つでも未受診の場合、 健保組合からの費用補助は 受けられません。		問診表(既往歴・喫煙習慣を含む)
		自覚症状(*理学的所見) *医師の判定・その他文章で記載しているもの
		身長
		体重
		腹囲
		BMI
		血圧
		肝機能(AST(GOT))
		肝機能(ALT(GPT))
		肝機能(γ-GT(γ-GTP))
		脂質(中性脂肪(トリグリセリド))
		脂質(HDLコレステロール)
		脂質(LDLコレステロール または Non HDLコレステロール)
		血糖(空腹時血糖 または HbA1C)
		尿糖
		尿蛋白
詳細な健診の項目 (医師の判断により 実施)		心電図
		眼底
		貧血
		クレアチニン・eGFR

※被保険者が契約健診機関以外で受診する際の健診項目詳細は事業所にご確認ください。