

# 人間ドック等受診費用補助金支給申請書

以下の太枠内をご記入ください。

|   |   |   |      |     |  |  |  |                        |
|---|---|---|------|-----|--|--|--|------------------------|
| 受診者に関する項目   | 被保険者証<br>記号・番号  | 38  |      |     |  | 申請項目   | <input type="checkbox"/> 人間ドックのみ<br><input type="checkbox"/> 脳ドックのみ<br><input type="checkbox"/> 人間ドック+脳ドック |                        |
|   | 受診者氏名   |   |      |     | 特定健診の<br>受診状況  | 今年度、本ドック以前に『特定健診』を<br><input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けていない |  |                        |
|   | 生年月日  | <input type="checkbox"/> 昭和<br><input type="checkbox"/> 平成                                    | 年    | 月   | 日  | 受診年月日  | 令和   | 年 月 日<br>(受診日当日の年齢: 歳) |
| 受診医療機関の名称   |   | ※ 組合記入 (医療機関コード: )  |      |     |  |  |  |                        |
| 上記のとおり人間ドック等を受診したので、関係書類を添えて補助金支給を申請します。<br>令和 年 月 日<br>申請者 住所<br>千葉県薬剤師国民健康保険組合 理事長 様 氏名 |   |   |      |     |  |  |  |                        |
| 補助金振込希望口座情報   | 金融機関名称  | <input type="checkbox"/> 銀行<br><input type="checkbox"/> 信用金庫<br><input type="checkbox"/> 信用組合 |      | 支店名 | <input type="checkbox"/> 支店<br><input type="checkbox"/> 出張所<br><input type="checkbox"/> 支所 |  |  |                        |
|   | 預金の種類<br>(該当に✓を入れてください)                                       | <input type="checkbox"/> 普通預金<br><input type="checkbox"/> 当座預金                                | 口座番号 |     |  |  |  |                        |
|   | 口座名義 (カタカナ)<br>濁点・半濁点等は1文字とし、<br>姓と名の間にはスペースを入れて<br>記入してください。 |   |      |     |  |  |  |                        |

## ● 補助金申請に当たっての注意事項

- 支給申請に当たっては、千葉県薬剤師国民健康保険組合「人間ドック・脳ドック受診費用補助金事業実施要綱」をご一読ください。
- 支給申請に当たっては、必ず①診断結果の全ページ(写)、②領収証(原本)、③質問表の3点を添付してください。
- 同一年度に「特定健診」を受診された方は、当申請を行うことはできません。**
- 申請者のうち、40歳以上の被保険者については「特定健診」を受診したと見なしてデータ登録を行いますので、必ず**人間ドック・脳ドック受診費用補助事業実施要綱の「別表 3」に定められた必須項目を含む検査を受診してください。**
- 要綱第 8 条第 2 項記載のとおり、検査結果の判定を行い、必要がある者には「特定保健指導」を実施します。対象者には、後日、(株)ベネフィット・ワンより特定保健指導の案内が届きますので、生活習慣等の改善に取り組んで下さい。なお、特定保健指導の利用拒否者、または正当な理由なく途中で中断した方には、次年度の人間ドック等補助を行いません。
- がん検診加算は、オプション健診として ①胃部内視鏡検査、②大腸内視鏡検査、③喀痰細胞診、④乳房 X 線検査 (マンモグラフィ)、⑤乳房視触診、⑥子宮頸部細胞診、⑦子宮頸部内診の全部または一部を受診された方に行います。また「胃がん・大腸がん・子宮頸がん・肺がん・前立腺がんに係る腫瘍マーカー」を受診された方も対象とします。
- PET 検査、自治体実施のがん検診、治療目的のため医療機関にて受診した際の検査費用は本申請の対象とはなりません。

【組合使用欄】 ※ 以下は記入しないでください。

| 受診費用総額 | 被保険者区分  | 年齢区分   | 人間ドック補助額① | 脳ドック補助額② | がん検診加算 ③  | 補助合計 (①+②+③) |
|--------|---|--|-----------|----------|---|--------------|
| 円      | <input type="checkbox"/> 第 種組合員<br><input type="checkbox"/> 厚生加入家族<br><input type="checkbox"/> 一般家族 | <input type="checkbox"/> 37 歳以上<br><input type="checkbox"/> 37 歳未満 | 円         | 円        | <input type="checkbox"/> 胃がん <input type="checkbox"/> 乳がん<br><input type="checkbox"/> 大腸がん <input type="checkbox"/> 子宮がん<br><input type="checkbox"/> 肺がん <input type="checkbox"/> 前立腺がん | 円            |

|     |      |     |       |       |           |     |
|-----|------|-----|-------|-------|-----------|-----|
| 理事長 | 常務理事 | 事務長 | データ入力 | 補助金担当 | 組合加入年度    | 受付日 |
|     |      |     |       |       | 昭 / 平 / 令 |     |
|     |      |     |       |       | 年度        |     |