

支給決議書	支給決定年月日	平成 年 月 日	常務理事	事務長	係員	事業所確認印
	支給決定額	円				

フランスパッドグループ 健康保険組合 行

利用後速やかに提出願います

人間ドック利用補助金申請書

被保険者	記号		被保険者名		
	番号		生年月日	昭和 年 月 日 平成	
	所属事業所				
	住所	〒	TEL : () -		
利用年月日	平成 年 月 日 (曜日)				
利用医療機関	名称				
	住所	〒	TEL : () -		
利用料金	円	(消費税含む) 領収書を添付			
健保補助金額	20,000円 (上限)	補助金額以下の場合は実費補助となります。			
補助金振込先	銀行名		支店名		
	口座番号				
	フリガナ 名義人名	-----			

* 領収書・検診結果通知書(写)を添付

上記の通り人間ドック検診を利用しましたので、補助金を申請いたします。

平成 年 月 日

被保険者名

印

人間ドック受診時の必要受診項目(補助金を申請される場合)

フランスベッドグループ健康保険組合

2015年4月30日

(補助金を申請される場合の注意事項)

- 1、補助金(上限20,000円)を申請する方は、40歳以上の被保険者として下記項目については必ず受診願います。
- 2、補助金申請者は該当年度の定期健康診断を受診しない方とし、事前に「人間ドック利用補助金申請書」右上の事業所確認印で承認を受ける事。
- 3、ドッグ健診費用については一旦、全額立替払いをお願い致します。後日、指定の口座に補助金額をお振込みします。
- 4、下記検査項目についての健診結果表は事業主と健保組合に提出願います。(コピー可とし他項目については黒塗可)
- 5、受診する健診機関に健康保険組合提出用の電子データ(XMLデータ)の依頼をお願いします。《事前に健診機関に確認してください》
- 6、健診結果については組合員の健康管理と下記事業実施の為、労安法・健康保健法等に基づき事業主と健保組合で、共同利用します。

健診結果表の使用目的 ①重症化予防事業 ②特定保健指導事業

検査項目		検査内容		備考
定期健診内容	医師診察	医師による問診・聴打診		○
	身体測定	身長・体重・視力		○
		腹囲測定		○
		血圧測定		○
		聴力(オーディオメーター 1000Hz・4000Hz)		○
	眼底検査	眼底カメラ検査(両眼)		○
	眼圧検査	眼圧検査(両眼)		○
	循環器系	心電図測定(12誘導)		○
	胸部X線撮影	間接撮影(100mm×100mm 1枚)		○
	尿検査	糖・蛋白・ウロビリノーゲン・潜血		○
消化器検査	胃部X線間接撮影(100×100×6枚)		○	
大腸癌検査	便潜血反応(1回法)		○	
血液生化学検査	貧血検査(ヘマト, 血色素量, 赤血球数)		○	
	肝機能検査	トランスアミナーゼ GOT	○	
		トランスアミナーゼ GPT	○	
		ガンマグルタミントランスペプチター γ-GTP	○	
		総蛋白 T-P	○	
		アルブミン・グロブリン A/G比	○	
		硫酸亜鉛試験	ZTT	○
			TTT	○
		アルカリフォスターゼ ALP	○	
		乳酸脱水素酵素 LDH	○	
		総ビリルビン T-Bil	○	
	脂質	総コレステロール T-Ch	○	
		HDL-コレステロール HDL-C	○	
		LDLコレステロール	○	
		中性脂肪 TG	○	
	血糖	血糖(空腹時) BZ	○	
		HbA1c	○	
	腎機能	尿素窒素 BUN	○	
		クレアチニン CRE	○	
	他	尿酸 UA	○	
白血球数	WBC	○		

胃部内視鏡可