

# 受診方法B

【受診方法A(受診券利用)】との重複受診不可。  
重複受診した場合は【受診方法A】が優先されます。

決裁	事務長	係	※交付決定額
			¥
	組合員 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/>		

埼玉県薬剤師国民健康保険組合理事長 様

## 令和8年度 特定健診対象者 健診補助金交付申請書

申請日 令和 年 月 日

受診者氏名		年齢	被保険者記号	被保険者番号	特定健診受診券整理番号						
					2	6	1	0	0	0	0
住所	〒			連絡先 電話番号	( ) 平日の9時から17時に連絡がとれる番号						
種別	第1種 <input type="checkbox"/> 第2種 <input type="checkbox"/> 第3種 <input type="checkbox"/> 第4種 <input type="checkbox"/> 第5種 <input type="checkbox"/>		組合員 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> (第5種組合員は対象外)	受診日	令和	年	月	日			
医療機関 受診した 名称	所在地			支払金額	円						
<p>★今回の健診で、下記の1～9の中で受けた項目全てを○で囲んでください。</p> <p>1 胃内視鏡検査                      4 便潜血検査                      7 子宮頸がん検査                      10 歯科検診</p> <p>2 胃X線検査(バリウム検査)        5 肺X線検査(レントゲン検査)    8 乳がん検査(マンモグラフィ検査)</p> <p>3 大腸内視鏡検査                      6 喀痰細胞診                      9 乳腺エコー</p>											
補助金 振込先	金融機関名	銀行 信用金庫		支店番号	支店名						
	預金種類	普通・当座		口座番号	7桁未満は前に0を記載してください。						
	口座名義	フリガナ									

### ◆特定健診項目

計測	身長・体重・BMI・腹囲・血圧	
尿検査	尿糖・尿蛋白	
脂質	中性脂肪	①受診日 ②医療機関名称 ③医師の氏名 ④診断結果 ⑤質問票 ①～⑤も必要
	HDLコレステロール LDLコレステロール	
肝機能	GOT(AST)	①～⑤も必要
	GPT(ALT) γ-GTP	
代謝系	空腹時血糖又はHbA1c	

### ◆補助対象者

R8年4月1日現在、当組合被保険者である40歳～74歳

### ◆受診する医療機関

日本国内、任意の医療機関

### ◆受診期間

R8年4月1日～R9年3月31日

### ◆申請受付期間

R8年6月～R9年5月15日到着分まで

\*資格喪失後の申請は

喪失日から3ヶ月以内のみ受付可

組合記載欄	
医療機関番号	

◆事業所負担で受診した場合は、事業者健診結果提供料を事業所へ交付しますので、事業主を通して申請してください。

### ■申請する際の注意事項

- 受診券を利用せず、全額自己負担で特定健診あるいは特定健診基本項目を含む健診・人間ドック等を受診した場合に、**組合員3万円/家族1万5千円**を上限として補助します。(補助額未满是実費額・年度内1回)
- 「受診方法B」は、**健診を受ける際に「特定健診受診券」を医療機関窓口に出さないでください。**  
\*受診券を提出すると契約医療機関で受診した場合に「受診方法A」と判断され、費用決済されてしまう場合があります。
- 特定健診受診券整理番号は、本年度に受領した受診券に記載されている11桁の番号下4桁をご記入ください。  
\*6月に交付する受診券到着より先に健診を受けた方は、受診券の到着を待って受診券整理番号を記載してから申請してください。
- 申請の際は、**①領収書(原本) ②健診結果(写し) ③質問票(記載したもの) の3点を必ず添付してください。**
- 健診結果(写し)は、上記の特定健診項目が1つでも欠けていると補助の対象になりませんのでご注意ください。  
組合ホームページから出力できる「特定健診受診結果通知表」に医療機関が記録したもので構いません。
- 今回の健診で★印の項目を受診した場合は、受診項目番号に必ず○をつけてください。
- 申請前に、組合へ「事業者健診提供」をしていないか事業主・担当者等に必ずご確認ください。(重複申請不可です)

### ■領収書及び補助金振込先口座についての注意事項

- 領収書は、原本で受診者氏名(フルネーム)・発行年月日・医療機関名・金額・但し書きが明記されたものをお願いします。  
\*但し書きが「**自費負担**」「**保険外診療**」「**文書料**」等は不可。医療機関から交付されたらご確認ください。
- 領収書の宛名や補助金の振込先が、会社名や事業主名の場合「事業者健診」と判断せざるをえないため補助対象になりません。  
宛名は必ず受診者氏名、又 補助金振込先口座は受診者あるいは受診者家族の口座をお願いします。

受付印