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	事務次長	係	※補助決定額
				¥ 組合員□ 家族□

埼玉県薬剤師国民健康保険組合理事長　様

令和5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	保険証記号	保険証番号	特定健診受診券整理番号
			－	2 3 1 0 0 0 0

住所	□□□－□□□□	連絡先電話番号	（　　） 平日の9時～17時に連絡のとれる番号

第1種□ 第2種□ 第3種□ 第4種□	組合員□ 家族□	受診日	令和　年　月　日

受診した医療機関	名称	支払金額	円
	所在地		

★今回の健診で、下記の1～9の中で受けた項目全てを〇で囲んでください。

1 胃内視鏡検査　4 便潜血検査　7 子宮頸がん検査
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）
3 大腸内視鏡検査　6 喀痰細胞診　9 歯科検診

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	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も必要です
尿検査	尿糖・尿蛋白	
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（AST） GPT（ALT） γ-GTP	
代謝系	空腹時血糖又はHbA1c	

◆補助対象者
R5.4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
R5.4月1日～R6.3月31日

◆申請期間
R5.6月～R6.5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

◆補助対象外
1.診療に伴う保険適用の健診
2.市区町村が実施する健診
3.事業主が実施する事業者健診
4.特定健診項目が1項目でも欠けている健診

■ **申請する際の注意事項**

1 **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。（補助額未満は実費額・年度内1回の健診に対しての補助）

2 **（受診方法B）での受診**は、**「特定健診受診券」**を**医療機関窓口に提出しないでください。**
＊**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。

健診結果の原本はご自分で保管を！

3 **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。**

4 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。

5 **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」**に医療機関で記載してもらったものでも構いません。

6 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〇をつけてください。**

7 申請前に「事業者健診提供」をしていないか事業主等に必ずご確認ください。（重複申請不可です）

受付印

■ **領収書及び補助金振込先口座**についての注意事項

1 **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。**（レシートは不可）**
＊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。

2 **領収書の宛名**や補助金の振込先が、会社名や事業主名ですと**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でお願いします。