

*** 人間ドック・特定健診・脳健診・婦人科健診・がん健診補助利用要領 ***

- ◆ 1. 【補助対象者及び項目】 30 歳以上の被保険者及びその被扶養者。人間ドックは、特定健診を含むこと。
ただし特定健診については、40 歳以上の方。子宮頸がん検査は、20 歳以上の方。
*当該年度内に補助対象年齢に達する方は補助の対象となります。
- ◆ 2. 【利用期間】 4 月 1 日から翌年 3 月 15 日まで
- ◆ 3. 【利用手続き】
* 契約健診機関での受診
①<予 約> 契約健診機関へ希望する健診の予約をする。
②<健保へ申し込み> 健診日の 10 日前までに下記「人間ドック・特定健診・脳健診・婦人科健診・がん健診受診申込書」(以下、「ドック等申込書」という。)(ドック様式 1)により健保へ申し込み、「人間ドック・特定健診・脳健診・婦人科健診・がん健診利用者通知書」(以下、「ドック等利用者通知書」という。)(ドック様式 2) (承認印のあるもの) を受ける。
③<受 診> 健診当日、「ドック等利用者通知書」を持参し、受付窓口に提出。健診後会計で自己負担額を支払う。
* 契約健診機関以外の受診
①<予 約> 健診機関へ希望する健診の予約をする。
②<健保へ申し込み> 健診日の 10 日前までに下記「ドック等申込書」(ドック様式 1)により健保へ申し込み、「人間ドック・特定健診・脳健診・婦人科健診・がん健診補助金申請書」(承認番号記載・ドック様式 3) (以下、「ドック等補助金申請書」という。) を受ける。
③<受 診> 健診を受診。健診後、会計で健診費用の全額を支払う。
④<補助金申請> 後日「ドック等補助金申請書」(ドック様式 3)と「領収書(原本)」、「健診結果(コピー)」、「標準的な質問票」を添えて健保へ補助金申請する。
* 受診者が任意で指定の検査項目を受診されない場合、補助できないことがありますのでご注意ください。
・人間ドック指定項目 腹部超音波もしくは腹部 CT・胃 X 線もしくは胃カメラ・眼底検査の内 2 項目以上実施。及び 40 歳以上の方は必ず特定健診の基本的な健診項目と標準的な質問票(問診)を含むこと。
※40 歳以上の方で、健診の結果、特定保健指導の対象者になられた場合、当組合契約特定保健指導機関から電話で特定保健指導のご案内をさせていただきますので、必ず特定保健指導をご利用ください。
- ◆ 4. 【補助額等】
<人間ドック> 健診費用の 7 割。ただし上限、21,000 円。1 年度内 1 回の補助。
<特定健診> 上限 7,150 円。契約健診機関では、全額補助のため、自己負担は無料です。1 年度内 1 回の補助。
<脳健診> 健診費用の 7 割。ただし上限、15,000 円。MRI・MRA を併用実施。2 年度内 1 回の補助。
<婦人科健診> 健診費用の 7 割。ただし上限、乳がん健診(超音波検査)2,000 円(マンモグラフィ検査)2,500 円。視触診(単独実施は不可)700 円。子宮頸がん健診(医師採取による細胞診)2,000 円。1 年度内 1 回の補助。
<がん健診> 健診費用の 7 割。ただし上限、胃がん健診(院内、X 線又は内視鏡)7,000 円。大腸がん健診(院内、2 日法)1,000 円。肺がん健診(院内、X 線又は CT)4,200 円。
人間ドックとの併用は不可。1 年度内 1 回の補助。
- ◆ 5. 【契約健診機関・検査内容等】「契約健診機関一覧表」「基準検査項目表」をご覧ください。

* 契約健診機関の場合、健診結果は健診機関から組合へ報告されます。契約外機関の場合、補助金申請時にご報告いただきます。また、健診結果に基づき、医療機関に受診が必要な方に早期発見・早期治療につなげる目的で受診勧奨(重症化予防)事業を行っています。当組合と事業所が協働して被保険者の健康管理を行う「Jホム・ムス・ワ」に参加している事業所の方につきましては、健診データ、有所見項目についての医療機関への受診状況を事業所にお知らせさせていただきます。また、当組合と事業所が協働して被扶養者の健診受診率・保健指導実施率の向上に取り組む「家族健診の協働事業」に参加している事業所の被扶養者の方につきましては、健診受診状況を事業所にお知らせさせていただきます。同意のうえお申し込みください。[利用停止等お問い合わせ先: 愛鉄連健康保険組合健康管理課 (TEL : 052-461-6131)]

* プライバシーの保護には万全を期し、目的以外の使用はいたしません。ご理解いただきますようお願い申し上げます。

* 健診結果は、受診者の健康管理と当健康保険組合の統計資料等疾病予防事業に活用させていただきます。

人間ドック・特定健診・脳健診・婦人科健診・がん健診受診申込書

事業所名称	
被保険者住所 〒	-
被保険者氏名	㊦
TEL () -	

※保険診療(自己負担 1~3 割)で受診している場合は、補助対象外です。
各種がん健診(胃、大腸など)のみを受診される場合は、特にご注意ください。

課 長	係 長	係 員
* 希望健診項目に○をつけてください。		
人間ドック		
特 定 健 診		
脳 健 診		
婦 人 科	乳がん検査(超音波)	
	乳がん検査(マンモグラフィ)	
	子宮頸がん検査(医師採取)	
特 定 健 診 オ ブ シ ョ ン		
胃がん健診(X線又は内視鏡)		
大腸がん健診(院内、2 日法)		
肺がん健診(X線又はCT)		

被保険者証		(ふりがな) 受診者氏名	性別	区 分	健診機関名	受診日	利用者通知書・ 補助金申請送付先 *指定なき時は事業 所送付となります	事業所・自宅
記号	番号					令 . . .		
						契約健診機関	承認番号 (健保記入欄)	
						契約外健診機関		
(人間ドックを受診される被保険者の方へ) 今年度(4/1~翌年3/31)、会社の定期健診を受けますか?						受ける予定 ・ 受けた ・ 受けない		