

基本健診補助（39 歳以下）実施要領

1. 目 的

被保険者の健康保持増進を図る為、疾病の予防と早期発見による健康管理を目的として基本健診費用について助成補助する。

2. 対象者

佐賀県歯科医師国民健康保険組合の 39 歳以下（当該年度中に達する年齢）の甲種組合員・乙種組合員・甲種家族・乙種家族を対象とする。

但し、当該年度中に 35 歳に達する者で「基本健診補助（40 歳以上、35 歳）」の補助条件を満たす場合は「基本健診補助（40 歳以上、35 歳）」により申請をする。

3. 補助金

組合は組合員の請求に基づき、1 年度（4 月～3 月）1 回の基本健診費用を対象として 3,000 円を限度とし補助する。費用が 3,000 円未満のときはその額とする。（人間ドックとの併用の支給はしない）

※保険診療による検査費用等は補助の対象外とする。

4. 健診項目（参考）

- 1) 問診（既往歴及び業務歴の調査）
- 2) 自覚症状及び他覚症状の有無の検査
- 3) 身長、体重、視力及び聴力の検査
- 4) 胸部エックス線検査
- 5) 血圧の測定
- 6) 尿検査（尿糖、尿蛋白）

5. 請求方法

基本健診補助申請書に領収書のコピーを添付し組合員が申請する。

基本健診と C 型肝炎の検査を同時に行った場合は「C 型肝炎抗体検査補助申請書」もご提出ください。また、領収書にはその旨記入して頂くようお願い致します。

基本健診補助申請書《39歳以下用》

基 本 健 診 受 診 者 氏 名					
	被保険者記号番号	氏 名	年齢	受 診 日	費 用 額
1	佐歯・		歳	R . .	円
2	佐歯・		歳	R . .	円
3	佐歯・		歳	R . .	円
4	佐歯・		歳	R . .	円
5	佐歯・		歳	R . .	円
6	佐歯・		歳	R . .	円
7	佐歯・		歳	R . .	円
8	佐歯・		歳	R . .	円
9	佐歯・		歳	R . .	円
10	佐歯・		歳	R . .	円
振込先口座	支 店 _____銀行 _____出張所 普通 ・ 当座 フリガナ _____ 口座番号 _____ 口座名義 _____				
	上記の者の基本健診補助を領収書を添えて申請します。 令和 年 月 日 組合員 歯科医院名 氏 名 佐賀県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿				
● 所属する医療機関の甲種組合員証明欄（乙種組合員が申請する場合のみ記入） 上記、申請書のとおり相違ありません。 令和 年 月 日 甲種組合員 歯科医院名 氏 名					

支給額	円	支給年月日	年	月	日
-----	---	-------	---	---	---

基 40	B	C	保	イ		