

基本健診補助（40 歳以上、35 歳）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 40 歳以上及び 35 歳（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、35 歳で補助金支給条件を充たしていない場合は、「基本健診補助（39 歳以下）」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 5,000 円を限度とし補助する。費用が 5,000 円未満のときはその額とする。 （人間ドック・特定健診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（必須）

- 1) 既往歴の調査（服薬歴及び喫煙歴の調査を含む）
- 2) 自覚症状及び他覚症状の有無の検査（身体診察）
- 3) 身長、体重及び腹囲の検査
- 4) BMI の測定
- 5) 血圧の測定
- 6) 血液検査
 - ・肝機能検査（GOT、GPT、 γ -GTP）
 - ・脂質検査（中性脂肪、HDL コレステロール、LDL コレステロール）
 - ・血糖検査（空腹時血糖・HbA1c・随時血糖のいずれかを実施）
- 7) 尿検査（尿糖、尿蛋白）

上記健診項目（必須）は、事業者健診（労働安全衛生法に基づく健康診断）を実施された場合、全て含まれます。

（事業者健診は上記健診項目の他に胸部エックス線検査、視力・聴力検査、貧血検査、心電図検査が必要となります。）

5. 健診項目（任意）

- 1) 血液検査（HbA1c、血清尿酸、血清クレアチニン）
- 2) 尿検査（尿潜血）

上記健診項目（任意）は、糖尿病性腎症及び慢性腎臓病の予防、早期発見につながる指標となるため、検査をされている場合は、健診結果と併せて検査値のご提出をお願いします。

6. 請求方法

基本健診補助申請書に健診結果のコピー、領収書のコピーを添付し組合員が申請する。

なお、健診結果には、4. の健診項目（必須）の結果が全て含まれていることが補助金支給の条件となります。

健診結果に、喫煙歴・服薬歴が記載されていない場合は、申請書の質問事項の該当する箇所に○をつけて申請をしてください。

40歳以上74歳以下の方については、健診の結果から、メタボリックシンドローム該当者・予備軍を判定します。メタボリックシンドロームに該当もしくは予備軍と判定された方は、生活習慣改善のためのサポートを、専門家（医師、保健師、管理栄養士等）から受けることになります。対象となる方には、保健指導のお知らせを送付いたします。

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。

令和7年度

基本健診補助申請書《40歳以上、35歳用》

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
※質問	現在、たばこを吸っている 現在、薬を服薬している	1. はい 2. 以前は吸っていたが最近1ヶ月は吸っていない 3. いいえ 1. はい (血圧・血糖・コレステロール・その他) 2. いいえ			
2	佐歯・		歳	R . .	円
※質問	現在、たばこを吸っている 現在、薬を服薬している	1. はい 2. 以前は吸っていたが最近1ヶ月は吸っていない 3. いいえ 1. はい (血圧・血糖・コレステロール・その他) 2. いいえ			
3	佐歯・		歳	R . .	円
※質問	現在、たばこを吸っている 現在、薬を服薬している	1. はい 2. 以前は吸っていたが最近1ヶ月は吸っていない 3. いいえ 1. はい (血圧・血糖・コレステロール・その他) 2. いいえ			
4	佐歯・		歳	R . .	円
※質問	現在、たばこを吸っている 現在、薬を服薬している	1. はい 2. 以前は吸っていたが最近1ヶ月は吸っていない 3. いいえ 1. はい (血圧・血糖・コレステロール・その他) 2. いいえ			
5	佐歯・		歳	R . .	円
※質問	現在、たばこを吸っている 現在、薬を服薬している	1. はい 2. 以前は吸っていたが最近1ヶ月は吸っていない 3. いいえ 1. はい (血圧・血糖・コレステロール・その他) 2. いいえ			
※ 添付の健診結果に喫煙歴・服薬歴が記載されている場合は質問への回答は不要です。					
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健診結果及び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 39	B	C	保	イ		