

基本健診補助実施要領

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甲種組合員・乙種組合員・甲種家族・乙種家族を対象とする。

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（●印が必須項目）

労働安全衛生法に基づく健診（事業主健診）

検査項目			対象年齢	
			40歳以上 ・35歳	39歳以下 (35歳除く)
※	診察等	問診、内科診察	●	●
※	身体計測	身長、体重、BMI	●	●
※		腹囲	●	○
	視力測定		●	●
	聴力検査		●	●
	胸部X線検査		●	●
※	血圧測定		●	●
	心電図検査		●	○
※	尿検査	蛋白、糖	●	●
	血液検査	血液一般(赤血球、血色素量)	●	○
※		肝機能検査(GOT、GPT、 γ -GTP)	●	○
※		脂質(HDLコレステロール、LDLコレステロール、中性脂肪)	●	○
※		糖代謝(空腹時血糖またはHbA1c)	●	○

●：必須項目

○：39歳以下（35歳の者を除く）で、医師が必要でないと認めるときは省略可能

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. 健診項目の ●印：必須項目 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る。

ただし、40歳以上の甲種組合員・甲種家族・乙種家族は、4. 健診項目の ※印：特定健診の検査項目 のみの実施でも補助の対象とする。（乙種組合員は除く）

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○をつけて申請をする。

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）から受けることとなります。対象となる方には、保健指導のお知らせを送付します。医療機関受診が必要な方には受診勧奨通知を送付します。

39歳以下の方については、健診の結果から、医療機関受診が必要な方には、保健師より連絡を差し上げる場合があります。

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。

基本健診補助申請書

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 1. はい (血圧・血糖・コレステロール・その他)			3. いいえ 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 1. はい (血圧・血糖・コレステロール・その他)			3. いいえ 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 1. はい (血圧・血糖・コレステロール・その他)			3. いいえ 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 1. はい (血圧・血糖・コレステロール・その他)			3. いいえ 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 1. はい (血圧・血糖・コレステロール・その他)			3. いいえ 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	_____銀行 _____支店 _____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
-----	---	-------	---	---	---

B	C	保	イ		