健診個人票　兼　領収書　**《人間ドック》**　　遠隔地健診補助金請求書添付専用〔様式1〕

記号・番号	事業所名	受診年月日	フリガナ	生年月日	年齢
			氏名　（男・女）		

項目	検査	結果	判定
身体計測	身長		
	体重		
	BMI		
	腹囲		
視力	裸眼㊨		
	裸眼㊧		
	矯正㊨		
	矯正㊧		
眼底	㊨所見		
	㊧所見		
聴力	1000Hz㊨		
	1000Hz㊧		
	4000Hz㊨		
	4000Hz㊧		
内科診察	所見		
尿一般	尿蛋白		
	尿糖		
	尿潜血		
尿沈渣	赤血球		
	白血球		
	扁平上皮		
	硝子円柱		
大腸	便潜血1回目		
	便潜血2回目		
血液一般	赤血球		
	Hb		
	Ht		
	白血球		
	血小板		
	MCV		
	MCH		
	MCHC		
血清	CRP		
肝機能	AST（GOT）		
	ALT（GPT）		
	γ-GPT		
	ALP		
	TP		
膵臓機能	血清アミラーゼ		
腎臓機能	クレアチニン		
	eGFR		
尿酸	UA		

項目	検査	結果	判定
脂質	T-CHO		
	HDL-C		
	TG		
	LDL-C		
糖代謝	空腹時血糖		
	随時血糖		
	HbAlc		
血圧	血圧1回目		
	血圧2回目		
心電図	所見		
胸部X線	呼吸器系所見		
	心血管系所見		
胃部X線	所見		
肝臓超音波	所見		
胆嚢超音波	所見		
腎臓超音波	所見		
膵臓超音波	所見		
脾臓超音波	所見		
子宮がん	婦人科内診		
	子宮頚部細胞診		
乳がん	乳房超音波		
	乳房マンモグラフィ		
総合判定			

医師指示事項

医師氏名：

〈健診機関名・所在地〉

〈電話番号〉

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿円

上記金額正に、領収いたしました。

〔内訳〕

健康診査料　＿＿＿＿＿円

特定健康診査料　＿＿＿＿＿円

婦人科検査料　＿＿＿＿＿円

文書料　＿＿＿＿＿円

健診料金〈消費税課税対象・非課税〉

（どちらかに○）　　年　月　日

※修正箇所は二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。
（修正液等は使用できません。）

注意事項　※必ずお読みください。

▼健診機関の方へ

記入上の注意

健診結果について

・〔様式1〕の項目以外に実施した検査項目がありましたら「医師指示事項」にご記入ください。
・判定は下記のコードをご記入ください。

コード	判定
A	異常なし
B	ほぼ正常
C	要観察・日常生活注意
D	要治療
E	要精密検査・再検査（1・3・6ヵ月後）
F	継続治療・治療中

健診料金について

・領収額、健診機関名及び住所を必ずご記入ください。
・健康診査料には基本健診分（特定健康診査分を引いた金額）をご記入ください。
なお、婦人科検査を実施した場合はその料金を内訳欄にご記入ください。
【セットコースのため算出できない場合は単独（オプション検査）で実施する際に設定されている料金をご記入ください。】また、この様式の記載にあたり‘文書料’が発生する場合は「文書料欄」に金額をご記入ください。

▼受診者の方へ

健診の補助について（下記「補助限度額」の範囲内で補助いたします。）

健診種別	補助限度額（消費税は対象外）
人間ドック（40歳以上対象）	25,000円
オプション検査	補助限度額（消費税は対象外）
婦人科検査	4,000円

・本様式の記載にあたり文書料が発生した場合は、1,500円（消費税は対象外）を限度に別途補助いたします。
・上記以外のオプション検査は補助の対象外です。
・健診の補助および健診につきましては年度内（4月～3月）につき1回限りです。

※ ＿＿＿ 部分は必ず実施してください。
（眼底検査・心電図検査については医師判断により行います。）
※ 遠隔地健診の項目には特定健康診査の項目が全て含まれています。
※ 今年度40歳～74歳になる方は、【様式3】の特定健康診査用質問表が必要です。
様式3をご記入の上、ご提出願います。
※ 当組合の契約健診機関で受診した場合、あるいは契約健診機関と同市区町村内に所在する健診機関で受診した場合は補助の対象となりませんので、ご注意ください。

本様式に記載された事項につきましては受診者の健康管理（含特定保健指導）および健診統計資料の作成・健診補助金の支払いをする目的以外で使用することはありません。

提出期限：令和8年4月3日（金）

東京化粧品健康保険組合