

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]

保険証記号	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	項目	検査	結果	判定		
内科診察	腎臓	BUN		尿酸	肝炎ウイルス	HBs抗原			
		Cre			HBs抗体				
問診計測	身長 体重 標準体重 BMI 腹囲			腎臓	尿酸	UA			
						隣臓	血清アミラーゼ		
							尿アミラーゼ		
						X線	胸部 (間接・直接)		
		胃部 (間接・直接)							
血圧	血圧1回目 血圧2回目	/		血液一般	赤血球(RBC)	Ht			
		/				Hb			
視力	裸眼 右 左 矯正 右 左			血液一般	白血球(WBC)	MCH			
						MCHC			
						血小板(Plt)			
						血清鉄(Fe)			
眼底	H所見 S所見 KW所見			白血球像	Neut	Eo			
						Ba			
						Mon			
眼圧	右 左			血清	RA(定性)	CRP			
						CPK			
聴力	オージオメーター 右 1,000Hz 4,000Hz 左 1,000Hz 4,000Hz			血清	血沈1時間 2時間	TPHA定性			
						肝機能	AST(GOT)		
							ALT(GPT)		
						γ-GTP			
肺機能	肺活量 努力肺活量 %肺活量 1秒量 1秒率			肝機能	ZTT	ALP			
						T-Bil			
						TP			
						ALB			
大腸	便潜血1回目 便潜血2回目			肝機能	A/G比	LDH			
						CHE			
脂質代謝	T-CHO TG HDL-C LDL-C non-HDL-C			判定	A 異常なし	<健診(検査)機関名および所在地>			
						B ほぼ正常	[内訳]		
							C 要観察	健康診査料	円
								D 要治療	特定健康診査料
		E 要精密検査 要再検査	婦人科検査料	円					
			文書料	円					
糖代謝	空腹時血糖 尿糖(定性・定量) HbA1c(NGSP値)				判定	F 継続治療 治療中	健診料金 <消費税課税対象・非課税> (どちらかに○をお付けください。)		
							平成 年 月 日		
尿	蛋白 潜血 ウロビリ			判定	A 異常なし	医師氏名:			
						B ほぼ正常	円		
							C 要観察	上記金額正に、領収いたしました。	
沈渣	比重 PH 赤血球 白血球 扁平上皮 硝子円柱			判定	D 要治療			※訂正箇所は上記に押印したものを訂正印として 押印願います。(訂正印のないものは無効です。)	
						E 要精密検査 要再検査		<電話番号>	
							F 継続治療 治療中	印	

注意事項 ※必ずお読みください。

▼健診(検査)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(検査)機関名およ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。
- ・健診(検査)機関の印を必ず押印してください。なお、金額等を訂正する場合は、必ず使用したものを訂正印として押印願います。

▼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(消費税相当額を除く)
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(消費税相当額を除く)
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(消費税相当額を除く)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。
- ・市区町村等から健診に係る補助が支給される場合でその補助額が上記限度額を超える場合は補助の対象になりません。なお、その補助額が上記限度額未満の場合はその差額を補助いたします。

- ※ 特定健康診査項目(部分)は必ず実施してください。
- ※ 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(検査)機関で受診した場合、あるいは契約健診(検査)機関と同市区町村内に所在する健診(検査)機関で受診した場合は補助の対象となりません。

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:平成31年4月5日(金)