健診個人票　兼　領収書　**《生活習慣病・簡易生活習慣病》**　　遠隔地健診補助金請求書添付専用〔様式2〕

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（※生活のみ）		
大腸 ※生活のみ	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		
肝機能	AST（GOT）		
	ALT（GPT）		
	γ-GPT		
	ALP（※生活のみ）		
腎臓機能	クレアチニン		
	eGFR		
尿酸	UA		
脂質	T-CHO		
	HDL-C		
	TG		
	LDL-C		
糖代謝	空腹時血糖		
	随時血糖		
	HbAlc（※生活のみ）		
血圧	血圧1回目		
	血圧2回目		

項目	検査	結果	判定
心電図 ※生活のみ	所見		
胸部X線	呼吸器系所見		
	心血管系所見		
胃部X線 ※生活のみ	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2〕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

・受診できる健診種別
35歳以上…生活習慣病健診、簡易生活習慣病健診（いずれか選択のうえ受診してください。）
35歳未満…簡易生活習慣病健診（生活習慣病健診から大腸・心電図・胃部X線を除いた検査項目です。）

・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）
生活習慣病健診	19,000円
簡易生活習慣病健診	5,000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（35歳以上対象）	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。
・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。
・今年度40歳以上の方は ▭ 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。）

提出期限：令和8年4月3日（金）

東京化粧品健康保険組合