申請経路：申請者→会社人事→健保組合

# 人間ドック･がん検診補助費申請書

CHECK! **※東振協D1コースを受診した場合は、窓口で補助金額を差し引いて精算されるため、この申請は不要です。**

| 記入日 | 年　月　日 |
|---|---|

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 被保険者欄 | 被保険者記号番号 | 記号 | 番号 | 氏名 | フリガナ | |
| | 会社名 | | | 日中の連絡先 | | |
| 受診者欄 | 氏名 | フリガナ | | 被保険者との続柄 | | 性別 | 男 ・ 女 |
| | 生年月日 | 昭和 ・ 平成　年　月　日 | | 年齢（受診後に迎える3/31現在の年齢を記入してください） | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 受診内容 | 検査名 | □ 基本ドック･脳ドック | □ 乳がん･子宮がん | □ がん検診 | □ 脳検査 |
| | 受診日 | 令和　年　月　日 | 令和　年　月　日 | 令和　年　月　日 | 令和　年　月　日 |

※受診日が複数ある場合は、どちらか片方の日をご記入ください

| | | チェック欄 | 添付書類をご確認の上、チェック欄に✓をつけてください。 | |
|---|---|---|---|---|
| 添付書類 | 基本ドック 脳ドック | | 領収書 | **受診者名、受診日、検査項目費用及び費用の内訳の記載があるもの** |
| | | | 結果表（写） | **全てのページ（臓器等の写真は不要）** |
| | | | 問診票 | **受診日の属する年度の末日において年齢が４０歳未満の受診者は不要** |
| | がん検診（オプション） | | 領収書 | **受診者名、受診日、検査項目費用及び費用の内訳の記載があるもの**<br>**※添付する領収書の氏名は受診者名であること** |

**基本ドック申請の場合、以下の検査項目が不足している場合は補助の対象とはなりません。** ※補助対象検査（日本人間ドック学会基準）

□ 身体測定　□ 血圧検査　□心電図　□視力　□眼底　□眼圧　□聴力　□呼吸器検査※

□ 胸部X線　□上部消化管検査※　□腹部超音波　□血液検査（肝機能系･代謝系･腎機能系･血液一般）

□ 尿検査　□便潜血検査※　□内科診察　㊟※印がある項目については受診できなかった理由がある場合は下記にご記入ください。

□ 受診できなかった理由：

ここから先は健保記載欄のため、記入不要です

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 健保記載欄 | 受付番号 | | | | |
| | 検査名 | □ 基本ドック･脳ドック | □ 子宮がん･乳がん | □ がん検診（ 胃 ・ 肺 ・ 大腸 ・ 前 ） | □ 脳検査 |
| | 補助上限額 | 15,000円 | 10,000円 | 5,000円 | 5,000円 |
| | 検査費用（税込） | 円 | 円 | 円 | 円 |
| | 支給決定額 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| | 支給合計額 | | | | 円 |

| 受付日 |
|---|
| |



（裏面をご確認ください）

◆補助金額　　**※東振協契約機関D1コースは、健診窓口にて組合補助金額を差し引かれるため補助金申請は不要です。**

| 対象者 | パレット健康保険組合の被保険者・被扶養者 | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 補助内容 | 補助対象となる検査 | | 補助額 | 上限額 | 補助回数 |
| | 基本ドック | いずれか１つ | 実費総額※ | 15,000円 | 年度内(4/1～3/31）1人1回 |
| | 脳ドック | | | | |
| | 乳がん・子宮がん検診（オプション）<br>※令和6年4月1日以降受診 | | | 10,000円 | |
| | 上記以外のがん検診（オプション） | | | 5,000円 | |
| | 脳検査<br>※令和7年4月1日以降受診 | | | 5,000円 | |

※検査費用が補助金額の上限未満である場合は、実費分までの補助となります。

## 補助対象となる検査項目について

◆人間ドック（基本ドック・脳ドック）

| 検査名 | 補助対象検査<br>（日本人間ドック学会・日本脳ドック学会基準を満たすもの） | 注意点・留意点 |
|---|---|---|
| 基本ドック | ・身体測定　・血圧検査　・心電図　・視力　・眼底　・眼圧　・聴力<br>・呼吸機能検査　・胸部X線　・上部消化管検査　・腹部超音波<br>・血液検査　・尿検査　・便潜血検査・内科診察 | **・検査項目が不足している場合は補助対象となりません（※特段の事情で当日受診不可項目があった場合を除く）**<br><br>**・検査方法の変更等による追加費用は補助対象外です。** |
| 脳ドック | ・問診　・診察　・血圧　・血液検査<br>・生化学検査　・尿検査　・心電図　・頭部ＭＲＩ<br>・頭部ＭＲＡ　・頸動脈超音波 | |

◆がん検診（オプション検査）・脳検査

| 検査名 | 補助対象検査 | 注意点・留意点 |
|---|---|---|
| 胃がん | 胃Ｘ線・胃内視鏡のいずれか | ・人間ドックの受診項目に含まれる場合は申請できません。<br><br>・PSA検査、マンモグラフィ、乳腺超音波検査、子宮細胞診、脳検査を申請の方は必ず**オプション**として受診し領収書に費用の内訳を記載が必要です。<br><br>・婦人科エコーは補助対象外となります。<br><br>・腫瘍マーカのうち補助対象となるのはPSA検査のみとなります。 |
| 肺がん | 胸部Ｘ線検査、喀痰細胞診 | |
| 大腸がん | 便潜血検査 | |
| 前立腺がん | ＰＳＡ検査 | |
| 子宮がん | 子宮細胞診 | |
| 乳がん | マンモグラフィ、乳腺超音波検査 | |
| 脳検査 | 頭部ＭＲＩ・頭部ＭＲＡ・頸動脈超音波・CTのいずれか | ・脳ドックとは異なり、補助対象のうちいずれかを受診された場合は支給となります。 |

**その他注意事項**

・補助金額は検査項目、領収書に記載されている内訳を基に算定いたします。

以下の記載を確認してください。

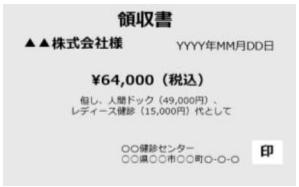
①領収書の宛名欄に受診者本人（ﾌﾙﾈｰﾑ）、健診日

②健診項目の具体的な内訳とその金額　※明細書にその記載がある場合は合わせて添付してください。

（正）




（誤）




・保険診療（3割負担）の検査は補助対象外です。

・健診結果（特定健診項目）は個人専用健康ポータルサイト「MY　ＨＥＡＬＴＨ　ＷＥＢ」に掲載します。
・健康保険組合と事業主は、受領した健診結果に基づき、疾病予防、健康保持増進のための保健指導を実施します。
・本書面及び添付書類に記載された内容や本申請において知り得た個人情報について他の目的のために利用したり第三者に提供することはありません。

お問い合わせ先

パレット健康保険組合　TEL03-3984-7171（音声ｶﾞｲﾀﾞﾝｽ3（平日9：30～17：00）
〒171-0022東京都豊島区南池袋1-10-13　荒井ビル2階

申請書送付先

手続きの詳細についてはこちら→

健保組合または各社人事へご提出ください。

この問診票は、特定健診対象者で基本ドック、または脳ドックを受診した方は**該当するものに☑印を記入してください。**
**※東振協D1コースやがん検診のみ受診した方は提出不要です。**

# 問 診 票

| 健保記入欄 | 100 ・ 300 |
|---|---|

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 記　　号 | | 番号 | | 健診年月日 | 令和　　年　　月　　日 |
| フリガナ | | | | 生 年 月 日 | 昭和　　年　　月　　日 |
| 氏　　名 | | | | 性別／年齢 | 男　・　女　／　　歳 |

| | 質問項目 | 回答 | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 次の薬の使用有無について**※服薬中の方は□はいに必ずチェックしてください。** | | | | | |
| | ①　血圧を下げる薬 | □ | はい | □ | いいえ | |
| | ②　インスリン注射又は血糖を下る薬 | □ | はい | □ | いいえ | |
| | ③　コレステロールや中性脂肪を下る薬 | □ | はい | □ | いいえ | |
| 2 | 次の疾患についての病歴及び治療の有無について | | | | | |
| | ①　脳卒中（脳出血・脳梗塞等） | □ | はい | □ | いいえ | |
| | ②　心臓病（狭心症・心筋梗塞等） | □ | はい | □ | いいえ | |
| | ③　慢性の腎不全、人工透析の治療 | □ | はい | □ | いいえ | |
| 3 | 医師から貧血と言われたことがある | □ | はい | □ | いいえ | |
| 4 | 現在たばこを習慣的に吸っている | □ | はい（条件1と2を両方満たす） | | | |
| | ※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、条件1と条件2を両方みたす者 | □ | 以前は吸っていたが、最近1か月間は吸っていない（条件2のみ満たす） | | | |
| | 条件1：最近1ヶ月間吸っている<br>条件2：生涯で6ヶ月間以上吸っている、又は合計 100 本以上吸っている | □ | いいえ（上記以外） | | | |
| 5 | 20 歳の時の体重から 10 kg以上増加している | □ | はい | □ | いいえ | |
| 6 | 1 回 30 分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施している | □ | はい | □ | いいえ | |
| 7 | 日常生活で歩行または同等の身体活動を1日1時間以上実施している | □ | はい | □ | いいえ | |
| 8 | ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い | □ | はい | □ | いいえ | |
| 9 | 食事をかんで食べる時の状態はどれにあてはまりますか | □ | 何でもかんで食べることができる | | | |
| | | □ | 歯や歯茎、かみ合わせなど気になる部分があり、かみにくいことがある | | | |
| | | □ | ほとんどかめない | | | |
| 10 | 人と比較して食べる速度が速い | □ | 速い | □ | ふつう | □ 遅い |
| 11 | 就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ある | □ | はい | □ | いいえ | |
| 12 | 朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取している | □ | 毎日 | □ | 時々 | □ ほとんど摂取しない |
| 13 | 朝食を抜くことが週に3回以上ある | □ | はい | □ | いいえ | |
| 14 | お酒（清酒・焼酎・ビール・洋酒など）を飲む頻度<br>（※「やめた」とは、過去に月1回以上の習慣的な飲酒歴があった者のうち、最近1年以上酒類を摂取していない者） | □ | 毎日 | □ | 週5～6日 | |
| | | □ | 週3～4日 | □ | 週1～2日 | |
| | | □ | 月に1～3日 | □ | 月に1日未満 | |
| | | □ | やめた | □ | 飲まない（飲めない） | |
| 15 | 飲酒日の 1 日当たりの飲酒量について<br>1合の目安：ビール（同 5 度・500ml）、焼酎（同 25 度・約 110ml）、ワイン（同 14 度・180ml）、ウイスキー（同 43 度・60ml）、缶チューハイ（同5度・約 500ml、同7度・約 350ml） | □ | 1合未満 | □ | 1～2合未満 | |
| | | □ | 2～3合未満 | □ | 3～5合未満 | |
| | | □ | 5合以上 | | | |
| 16 | 睡眠で休養が十分取れている | □ | はい | □ | いいえ | |
| 17 | 運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いますか | □ | 改善するつもりはない | □ | 既に改善に取り組んでいる（6か月未満） | |
| | | □ | 改善するつもりである（概ね6ヶ月以内） | □ | 既に改善に取り組んでいる（6か月以上） | |
| | | □ | 近いうちに（概ね 1 ヶ月以内）改善するつもり | | | |
| 18 | 生活習慣の改善について、これまでに特定保健指導をうけたことがありますか | □ | はい | □ | いいえ | |