

人間ドック・がん検診補助費申請書

記入日	令和 年 月 日	令和5年3月31日以前の受診は旧申請書をご使用ください。旧申請書はパレット健保のホームページからダウンロードできます。									
健康保険証				被保険者氏名				会社名 ※任意継続の場合は記載不要			
記号		番号 (右詰め)									
								日中の連絡先 ()			
受診者	フリガナ			本人 家族	生年 月日	昭和 年 月 日 (満 歳)					
	氏名					平成 年 月 日 (満 歳)					
受診内容	基本ドック・脳ドック			受診日	令和 年 月 日	検査費用 (税込)	円				
	がん検診 ※必ずオプションとして受診してください			受診日	令和 年 月 日	検査費用 (税込)	円				

※太枠内のみご記入ください

添付書類	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。							
	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						
			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							

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・脳ドック	実費総額	15,000円	年度内(4/1~3/31) 1人1回
	乳がん・子宮がん検診 (オプション) ※令和6年4月1日以降受診	実費総額	10,000円	年度内(4/1~3/31) 1人1回
	上記以外のがん検診 (オプション)	実費総額	5,000円	年度内(4/1~3/31) 1人1回

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。 ・保険診療の検査は補助の対象外です。 ・令和5年3月31日以前の受診については、補助の対象となる検査や補助額が異なります。
支給日	毎月25日 (土日祝の場合は前営業日) までの健保受付分を翌月会社へ振込みます。不備がある場合はその限りではありません。 任意継続の方は、任意継続申請時にご登録されたゆうちょ銀行へ振り込みます。

- ・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。

お問合わせ先	申請書送付先
パレット健康保険組合 TEL03-3984-7171 (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	健保組合または各社人事へご提出下さい。

【健保使用欄】

病院コード	算定	基本・脳	円				支給額
		がん検診	R6 乳・子宮	円	その他	円	計

--	--	--	--	--	--

支払日	受付日

基本ドック・脳ドックの補助申請について

- ・基本ドックは日本人間ドック学会基準を満たした検査、脳ドックは日本脳ドック学会基準を満たした検査を補助の対象としています。
- ・検査項目が欠けたコースを受診した場合は、補助の支給がない場合がありますのでご注意ください。

◆ 日本人間ドック学会基準検査項目

- ・身体測定
- ・血圧検査
- ・心電図
- ・眼（視力・眼底・眼圧）
- ・聴力
- ・呼吸機能検査
- ・上部消化管検査
- ・腹部超音波
- ・血液検査
- ・尿検査
- ・便潜血検査
- ・内科診察

◆ 日本脳ドック学会基準検査項目

- ・問診
- ・診察
- ・血圧
- ・血液検査
- ・生化学検査
- ・尿検査
- ・心電図
- ・頭部MRI
- ・頭部MRA
- ・頸動脈超音波

- ・東振協D1コースを受診された方は、既に窓口で補助を受けておりますので、がん検診のみ申請可能です。
- ・レディースドック、メンズドックのような乳がん・子宮がん・前立腺がん検査を含むドックであっても、名称にかかわらず基準検査項目を満たしていれば「基本ドック」とみなします。（がん検診の補助は対象外です。）

がん検診の補助申請について

- ・がん検診は、がんの早期発見・早期治療を目的とした検査を補助の対象としています。
- ・補助の対象となる検査は以下に限ります。

- ・胃がん : 胃X線、胃内視鏡いずれか
- ・子宮頸がん : 細胞診検査
- ・肺がん : 胸部X線、喀痰細胞診
- ・乳がん : マンモグラフィ、超音波検査
- ・大腸がん : 便潜血
- ・前立腺がん : PSA検査

- ・マンモグラフィ、乳腺超音波検査、子宮細胞診、PSA検査をご希望の方は必ずオプションとして受診してください。
- ・人間ドックの検査方法変更等による追加費用は補助の対象外です。（例：内視鏡へ変更）

令和5年3月31日以前に受診した人間ドックについて

令和5年3月31日以前に受診した人間ドックは、補助金額及び補助対象となる検査が異なります。
当該期間に人間ドックを受診した場合は、旧申請書をパレット健康保険組合のホームページよりダウンロードし、ご提出ください。

この問診票は、特定健診対象者（40歳以上）で基本ドック、または脳ドックを受診した方全員ご記入ください。人間ドックの結果表（写し）とともに人間ドック補助費申請書に添付しご提出ください。※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

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

■ 回答欄の該当するものに☑印を記入してください。

	質問項目	回答
1	血圧を下げる薬の使用の有無	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2	血糖を下げる薬又はインスリン注射の使用の有無	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3	コレステロールや中性脂肪を下げる薬の使用の有無	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
4	医師から、脳卒中（脳出血、脳梗塞等）にかかっていると言われたり、治療を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
5	医師から、心臓病（狭心症、心筋梗塞等）にかかっていると言われたり、治療を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
6	医師から、慢性腎臓病や腎不全にかかっていると言われたり、治療（人工透析など）を受けていますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
7	医師から、貧血といわれたことがある。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
8	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 ※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、条件1と条件2を両方満たす者である。 条件1:最近1ヶ月間吸っている 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	<input type="checkbox"/> はい(条件1と条件2を両方満たす) <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> いいえ(上記以外)
9	20歳の時の体重から10kg以上増加している。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
10	1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2回以上、1年以上実施。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
11	日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
12	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
13	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。	<input type="checkbox"/> 何でもかんで食べることができる <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> ほとんどかめない
14	人と比較して食べる速度が速い。	<input type="checkbox"/> 速い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 遅い
15	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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
16	朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取していますか。	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ほとんど摂取しない
17	朝食を抜くことが週に3回以上ある。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
18	お酒（日本酒、焼酎、ビール、洋酒など）を飲む頻度はどのくらいですか。 （※「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）	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週5～6日 <input type="checkbox"/> 週3～4日 <input type="checkbox"/> 週1～2日 <input type="checkbox"/> 月に1～3日 <input type="checkbox"/> 月に1日未満 <input type="checkbox"/> やめた <input type="checkbox"/> 飲まない(飲めない)
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量 日本酒1合(アルコール度数15度・180ml)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)	<input type="checkbox"/> 1合未満 <input type="checkbox"/> 1～2合未満 <input type="checkbox"/> 2～3合未満 <input type="checkbox"/> 3～5合未満 <input type="checkbox"/> 5合以上
20	睡眠で休養が十分とれている。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
21	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。	<input type="checkbox"/> 改善するつもりはない <input type="checkbox"/> 改善するつもりである (概ね6ヶ月以内) <input type="checkbox"/> 近いうちに(概ね1ヶ月以内) 改善するつもりで、少しずつ始めている <input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる (6か月未満) <input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる (6か月以上)
22	生活習慣の改善について、これまでに特定保健指導を受付けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ