

健康診断・人間ドック実施補助について

40歳以上の方を対象に、健康診査等の費用の一部補助を実施いたします。

健康診査に限り自家健診を認めておりますので、自己の診療所で健康診査をされた場合（自家健診）でもご申請いただけます。内容をご確認いただきご申請をください

- ・実施期間 令和6年4月1日～令和7年3月31日
- ・対象者 満40歳以上の医師国保加入者
- ・補助内容 健康診断(人間ドック(脳ドック等))や胃カメラ、各種癌検査、婦人科検査等の検査費用補助
【注】保険証等を使って受診されたものにつきましては補助の対象外となります。
- ・補助限度額 @ 40,000円（年度内一人につき一回限り）
- ・申請方法 裏面の申請書に必要事項をご記入の上、下記添付書類を同封し、診療所内でまとめてご申請ください。
- ・申請期限 令和7年4月30日まで
【注】申請期限内にご提出ください。
申請期限を過ぎますと、期間内に実施されていても補助金のお支払いをすることができませんのでご了承ください。

◇胃カメラ、脳ドック、各種癌検査、婦人科検査等を受けられた方

申請書に下記のいずれか1つを添付してご申請ください。

- ・領収書のコピー(受検項目をご記載ください)
- ・検査結果のコピー
- ・受検項目及び費用が書かれたもの(メモ書き等)

◇健康診断(人間ドック)を受けられた方(40歳から74歳)

● 自家健診又は特定健診実施医療機関外(契約健診機関外)で健康診断(人間ドック)を受診

申請書に下記3点を添付してご申請ください。(自家健診の場合は領収書の添付は不要です)

- ・領収書のコピー
- ・問診票(特定健康診査票に記載の22項目)
- ・検査結果のコピー

〔身長、体重、BMI、腹囲、血圧、尿糖、尿蛋白、中性脂肪(空腹時又は随時)、HDLコレステロール、LDLコレステロール又はnon-HDLコレステロール、GOT(AST)、GPT(ALT)、 γ -GT(γ -GTP)、空腹時血糖 又は HbA1c 又は随時血糖、医師の診断(総合判断)、医師氏名の欄〕

※指定の様式はございませんが、代用として「特定健康診査票」の問診欄・検査結果欄をご利用ください

● 契約健診機関で健康診断(人間ドック)を受診

契約健診機関で、人間ドックを受診された場合、受診医療機関が医師国保に補助(4万円)の申請を行いますので、受けられた方は、補助の申請は不要です。

(注)高額な人間ドックやオプション検査等の費用(窓口で請求された金額)につきましては、補助額を超えた場合は自己負担となります。

※ 契約健診機関一覧表をご希望の方は、郵送いたしますので当組合までご連絡ください。

◇後期組合員(75歳以上)の方

申請書に下記のいずれか1つを添付してご申請ください。

- ・領収書のコピー(受検項目をご記載ください)
- ・検査結果のコピー
- ・受検項目及び費用が書かれたもの(メモ書き等)

特定健診・健診補助 Q & A

Q 胃カメラや婦人科検査などの検査を、複数の医療機関で受けた場合、申請はどうしたら良いですか？

A 全ての検査が終わりましたら、各医療機関の領収書のコピーを申請書に添付の上、ご申請ください。（健診補助限度額 4 万円）

Q 自医院（勤務先）は特定健診の集合契約に参加していませんが、家族や職員の特定健診を実施した場合、医師国保から費用の補助はありますか？

A  「健康診断・人間ドック実施補助金支給申請書」に、問診票・健診結果のコピー・領収書を添付の上、医師国保へご申請ください。

Q 自医院で特定健診を実施した際の費用は、医師国保と国保連合会（医師会）の両方へ請求することは出来ますか？

A  二重請求になりますので出来ません。
集合契約に参加されている医療機関の特定健診のご請求先は、連合会（医師会）になります。

Q 契約健診機関で人間ドックを受診しました。
オプション検査を付けた為、窓口で費用を請求されましたが、その費用も医師国保に申請出来ますか？

A  窓口で請求された金額が医師国保の補助限度額（4 万円）を超えた場合は、申請出来ません。高額な人間ドックや、オプション検査を付けた場合など、補助限度額を超えた金額は、自己負担となります。

Q 職員の健診の受けた月が異なる場合、請求はどうしたらいいですか？

A 皆様の健診が終わりましたら、月が異なる場合でも、診療所内でまとめてご申請ください。

Q 毎年、職員の健診（人間ドック）を実施していますが、申請書に添付する書類は、領収書のコピーだけで良いですか？

A 検査結果の添付もお願いいたします。
国より、特定健診の受診目標率（70%）が定められており、現在乖離している状況です。
（令和 5 年度受診率 39.3%）

特定健診の受診率の向上に、ご協力をお願いいたします。

令和6年度 健康診断・人間ドック実施補助金支給申請書

補助金申請欄	人 数	請 求 金 額 合 計	
	人	補助限度額 一人付40,000円まで	円

※ お願い 通帳に記載されている名義を必ずご記入ください

振込先	金融機関コード	店番号	種別	普通・当座・他()	フリガナ
	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合	支店 本店 出張所	口座番号		名義

請求明細表

記 号 番 号	被 保 険 者 氏 名	生 年 月 日	受 診 日	費 用
31-		大・昭 年 月 日 (満 歳)	令和 年 月 日	
31-		大・昭 年 月 日 (満 歳)	令和 年 月 日	
31-		大・昭 年 月 日 (満 歳)	令和 年 月 日	
31-		大・昭 年 月 日 (満 歳)	令和 年 月 日	
31-		大・昭 年 月 日 (満 歳)	令和 年 月 日	
31-		大・昭 年 月 日 (満 歳)	令和 年 月 日	
31-		大・昭 年 月 日 (満 歳)	令和 年 月 日	
31-		大・昭 年 月 日 (満 歳)	令和 年 月 日	
31-		大・昭 年 月 日 (満 歳)	令和 年 月 日	

上記のとおり必要書類を添付の上、申請いたします。

(診療所・自宅)

令和 年 月 日

〒

住 所

記号番号	31	-							
------	----	---	--	--	--	--	--	--	--

氏 名 印

神奈川県医師国民健康保険組合 理事長 殿

※ この申請で知り得た個人情報は、法令に定める場合を除き、組合業務の目的以外で使用することはありません。

【送付先】 〒231-0037 神奈川県横浜市中区富士見町3-1 神奈川県総合医療会館4階
神奈川県医師国民健康保険組合 TEL (045) 231-2685

【提出期限】 令和7年4月30日まで

健康診断個人票

氏 名	(フリガナ)	健 診 年 月 日
	(生年月日 年 月 日 歳)	令和 年 月 日

既 往 歴	
服 薬 歴	
自 覚 症 状	
他 覚 症 状	

項 目		今 回	前 回 令和 年 月 日
身 体 計 測	身 長 (cm)		
	体 重 (kg)		
	腹 囲 (cm)		
	B M I		
血 圧	収 縮 期 血 圧 (mmHg)		
	拡 張 期 血 圧 (mmHg)		
血 中 脂 質 査 血 検	空 腹 時 中 性 脂 肪 (mg/dl)		
	また 随 時 時 中 性 脂 肪 (mg/dl)		
	HDL-コレステロール (mg/dl)		
	LDL-コレステロール (mg/dl)		
肝 機 能 検 査	G O T (IU/l)		
	G P T (IU/l)		
	γ - G T P (IU/l)		
血 糖 検 査 (いずれかの項目の実施で可)	空 腹 時 血 糖 (mg/dl)		
	ヘモグロビンA1c (%)		
	随 時 血 糖 (mg/dl)		
尿 検 査	糖		
	蛋 白		
そ の 他 検 査			

医 師 の 判 断	
判 断 し た 医 師 氏 名	

問 診 票

記号番号	31－	医療機関名	
氏 名		受診年月日	令和 年 月 日

NO	質 問 項 目	選 択 肢	回答欄 (番号)
1-3	現在、次の a ～ c の薬を服用していますか		
1	a. 血圧を下げる薬	① はい ② いいえ	
2	b. インスリン注射又は血糖を下げる薬	① はい ② いいえ	
3	c. コレステロールや中性脂肪を下げる薬	① はい ② 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。	① はい ② 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。	① はい ② 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)を受けていますか。	① はい ② いいえ	
7	医師から、貧血と言われたことがありますか。	① はい ② 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」とは、条件1と条件2を両方満たす方 条件1：最近1か月間吸っている 条件2：生涯で6か月間以上吸っている又は合計100本以上吸っている	① はい(条件1と条件2を両方満たす) ② 以前は吸っていたが、最近1ヶ月間は吸っていない(条件2のみ満たす) ③ いいえ(①②以外)	
9	20歳の時の体重から10kg以上増加していますか。	① はい ② いいえ	
10	1回30分以上軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施していますか。	① はい ② 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時間以上実施していますか。	① はい ② 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ですか。	① はい ② いいえ	
13	食事を嚙んで食べる時の状態はどれにあてはまりますか。	① 何でも嚙んで食べることができる ② 歯や歯茎、嚙み合わせなどを気になる部分があり、嚙みにくいことがある ③ ほとんど嚙めない	
14	人と比較して食べる速度が速いですか。	① 速い ② ふつう ③ 遅い	
15	就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ありますか。	① はい ② 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。	① 毎日 ② 時々 ③ ほとんど摂取しない	
17	朝食を抜くことが週3回以上ありますか。	① はい ② 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方のうち、最近1年以上酒類を摂取していない方	① 毎日 ② 週5～6日 ③ 週3～4日 ④ 週1～2日 ⑤ 月に1～3日 ⑥ 月に1日未満 ⑦ やめた ⑧ 飲まない(飲めない)	
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量はどのくらいですか。 日本酒1合(アルコール度数15度・180ml)の目安 ビール(アルコール度数5度・500ml)、焼酎(アルコール度数25度・約110ml)、 ワイン(アルコール度数14度、約180ml)、ウイスキー(アルコール度数43度・60ml)、 缶チューハイ(アルコール度数5度・約500ml、アルコール度数7度・約350ml)	① 1合未満 ② 1～2合未満 ③ 2～3合未満 ④ 3～5合未満 ⑤ 5合以上	
20	睡眠で休養が十分とれていますか。	① はい ② 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。	① 改善するつもりはない ② 改善するつもりである(概ね6か月以内) ③ 近いうちに(概ね1か月以内)改善するつもりであり、少しずつ始めている ④ 既に改善に取り組んでいる(6か月未満) ⑤ 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けたことがありますか。	① はい ② いいえ	