

特定健康診査 受診料請求書(立替分)

健康保険 被保険者証	記号	番号	被保険者氏名 (申請者氏名)	
事業所名 (会社名)			内線または外線	
所 属	地域	部 署		
		事業部・部		室・課
受診者氏名			被保険者との続柄	
電話番号 (受診者連絡先)				

1、特定健康診査の受診予定

申請年月日 (この申請を記入した日)	受診予定年月日	受診先健診機関名	受診料の予定額	健保確認
20 年 月 日	20 年 月 日		円	

『結果表(コピー)』・『領収書(原本)』・『特定健康診査質問票』を添付し健保へ送付ください

2、受診料の請求

下記の通り、特定健康診査を受診しましたので立替分の請求を致します。

西暦 20 年 月 日 被保険者氏名: _____ 印 _____

受診年月日	受診先健診機関名	受診料 (領収書の金額)
20 年 月 日		円

※ 振込口座は、必ず被保険者名義 (ゆうちょ銀行以外の金融機関) のものをご記入ください。

_____ 銀行・信金・農協・信組 _____ 支店

預金種目 普通 _____ 口座番号 _____

その他 _____ フリガナ: _____

_____ 口座名義 _____

健保記入欄	受付	入力	支払
決定金額: _____ 円			

特定健康診査受診料(立替分)請求書をご利用いただく上での注意点

1、受診できる人 ならびに 受診計画の申請方法と健診先への予約

下記に該当する方については、特定健康診査を受診しその費用を健保に請求することができます

- ①40歳～74歳までの被扶養者(家族)
- ②同一年度内において、当健保が実施している健診(人間ドック・レディースドック・巡回ドック)を受診していない方
→当健保実施の健診は、同一年度内においてどれか1つのみ受診できます

また、健診の予約については各自で行い、計画の申請は予約が完了した時点で行ってください

2、請求対象となる健診項目

以下の健診を受診した場合、その費用が請求の対象となります

☆法律(高齢者医療確保法)で定める「特定健康診査」 ※検査項目などの詳細は下記表を参照ください

以下に該当する場合は、受診料の請求ができませんのでご注意ください

- ①法律で定める「特定健康診査」の検査項目を満たさない健診内容(検査項目に過不足がある)の場合
- ②健康保険を適用しての健診または医療行為を受診した場合
- ③年度内において、当健保が実施している 人間ドック(巡回・レディース含む)を受診している場合
- ④領収書・結果表のコピー・質問票の提出ができない場合

3、受診料(立替分)の請求方法

受診し終わったら、①領収書(原本) ②結果表(コピー)(原本を提出いただいた場合、返却出来ません)

③特定健康診査質問票 を添付しご提出ください

【注意】 領収書の宛名は、必ず 受診者本人名 にて発行してもらってください。また、領収書には必ず「特定健康診査代」と但し書きを明記してもらってください。

結果表原本をご提出いただいた場合は、返却出来ませんのでご了承ください。

4、補助額

特定健康診査を受診し発生した、個人負担金の全額が補助の対象 となります

5、個人情報の取り扱い

申請書に記載された個人情報は、当健保が実施する保健事業にのみ使用しそれ以外には使用致しません
不明な点につきましては、下記までお問合せください

〒492-8153 愛知県稲沢市井之口町中四反畑 4500 豊田合成健康保険組合 担当:小澤

TEL:0587-23-6661 FAX:0587-23-3319

URL: <https://goseikenpo.e-sprit.jp/>

《特定健康診査における基本の健診項目》

診察等	質問(問診)	
	計測	身長
		体重
		肥満度・標準体重
		腹囲
	理学的所見(身体診察)	
血圧		

血液検査	脂質	中性脂肪
		HDL コレステロール
		LDL コレステロール
	肝機能	AST(GOT)
		ALT(GPT)
		γ-GT(γ-GTP)
	糖代謝	空腹時血糖 または ヘモグロビン A1c

尿検査	尿糖
	尿蛋白

特定健康診査 受診結果通知書

受診者 情報	健康保険証 記号一番号	—			健診年月日
	受診者氏名		性別	男・女	20 年 月 日
	生年月日	昭和 年 月 日	年齢	歳	

既往歴		喫煙歴	有・無
理学的所見		自覚症状	

	項 目	基準値	結果
身体測定	身 長 (cm)		
	体 重 (kg)		
	腹 囲 (cm)	男性<85.0 女性<90.0	
	B M I	25.0 未満	
血圧	収 縮 期 血 圧 (mm Hg)	130 未満	
	拡 張 期 血 圧 (mm Hg)	85 未満	
血中脂質検査	中 性 脂 肪 (mg/dl)	150 未満	
	HDL-コレステロール (mg/dl)	40 以上	
	LDL-コレステロール (mg/dl)	120 未満	
肝機能検査	G O T (IU/l)	31 未満	
	G P T (IU/l)	31 未満	
	γ-G T P (IU/l)	51 未満	
血糖検査 <small>(いずれかの項目を実施)</small>	空腹時血糖 (mg/dl)	100 未満	
	ヘモグロビン A1c (%)	5.6 未満	
尿検査	糖	(-)	
	蛋 白	(-)	
貧血検査(※)	赤 血 球 数 (万/mm ³)		
	血 色 素 量 (g/dl)		
	ヘマトクリット値 (%)		
血清クレアチニン(eGFR)			
心電図検査(※) 所見			
眼底検査(※) 所見			

(※)の検査は、医師が必要と判断した場合のみ実施

メタボリックシンドローム判定	該当 ・ 予備群 ・ 非該当
-----------------------	----------------

医師の判断	上記の通り診断致します。 住 所 医 院 名 健診機関番号 医 師
-------	---



特定健康診査質問票

注意

コンピューター処理を行いますので
ご記入は丁寧をお願いします

*記号・番号・続柄は保険証情報を
数字で丁寧に記入ください

氏名

受診日 年 月 日

記号

番号

続柄

*下記の項目から選んで 数字をご記入ください

保険証記号	[10]豊田合成(株) [11]健保 [12]一榮工業(株) [13]TGケルフェア(株) [14]TGメンテナンス(株) [15]TGロジスティクス(株) [16](株)テアートリサーチ [17]TGIM(株) [30]TGテクノ(株) [31]TGAP(株) [32]ティージーオブシード(株) [34]豊田合成東日本(株) [35]豊田合成九州(株) [40]日乃出ゴム工業(株) [41]海洋ゴム(株) [50]豊信合成(株) [90]任意継続 [18] TG SPORTS(株)
保険証番号	健康保険証の番号を確認しお間違のないようにご記入ください
被保険者との続柄	[00]本人 [20]妻 [21]夫 [11]実父 [12]実母 [56]義父 [66]義母

注意事項：チェック項目は点線の の中に○を記入してください。
はみ出したり色が薄いことがないように注意してご記入ください。

記入例：

1. 血圧を下げる薬を服用している	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
2. インスリン注射または血糖を下げる薬を服用している	<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を服用している	<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）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）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. 現在、タバコを習慣的に吸っている （合計100本以上、または6ヶ月以上吸っている、最近1ヶ月間も吸っている）	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
8. 医師から貧血といわれた事がある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
9. 20歳のときの体重から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日以上、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、歩行また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. 同世代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当てはまりますか <input type="checkbox"/> 何でもかめる <input type="checkbox"/> かみにくい <input type="checkbox"/> ほとんどかめない		
14. 就寝前の2時間以内に夕食をとることが週3回以上ある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
15. 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"/> しない
16. 朝食を抜くことが多い	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
17. 睡眠で休養が得られている	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
18. 人と比較して食べる速度が速い <input type="checkbox"/> 速い	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 遅い
19. アルコール飲料を飲む頻度 <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ほとんど飲まない		
20. 飲酒日の1日当たりの飲酒量 (例)日本酒 { ビール500ml ウィスキーダブル1杯 <input type="checkbox"/> なし~1合未満 <input type="checkbox"/> 1~2合未満 <input type="checkbox"/> 2~3合未満 <input type="checkbox"/> 3合以上 1合の目安 { ワイン2杯(240ml)焼酎25度110ml		
21. 生活習慣の改善をしようと思えますか <input type="checkbox"/> 意思無し <input type="checkbox"/> 意思あり(6ヶ月以内) <input type="checkbox"/> 意思あり(近いうち) <input type="checkbox"/> 取組済(6ヶ月未満) <input type="checkbox"/> 取組済(6ヶ月以上)		