

## 2023 年度 健診(検診)費用立替受診について

## ■対象者:受診日において日立健保加入の家族・任継・特退の方

※同居、扶養されている方でも、日立健保に加入されていない場合には補助対象外となります。  
また、遡って脱退となった場合は補助金を返金いただきます。

## ■受診期間:2023年4月1日～2024年3月31日

## ■請求期限:2024年4月15日(月)到着分まで

## ■補助回数:基本健診は人間ドックを年度に1回(他の基本健診を受診済みの場合は補助対象外)

※補助利用済の部位検診を項目に含む基本健診は、同一年度内は補助対象外となります。

例1)腹部検査の補助利用済の場合、同一年度内受診の人間ドックは補助対象外。

例2)乳がん検査もしくは子宮頸がん検査の補助利用済の場合、同一年度内受診のレディース健診は補助対象外。

## ■部位検診(オプション)は、部位検診項目ごとに年度に1回(検査の重複は補助対象外)

※基本健診に含まれる部位検診については、部位検診として補助請求することはできません。

例1)人間ドックに含まれる腹部超音波検査について、腹部検査の補助請求は不可。

例2)レディース健診を受診した場合、同一年度内の乳がん検査および子宮頸がん検査の補助請求は不可。

## ■立替受診で補助金請求できる健診(検診)

※補助対象年齢は、2024年3月31日時点の年齢です。

	健診(検診)項目	補助対象年齢	受診者負担額	健保補助上限額	補助対象検査方法	注
基本健診	人間ドック	35歳以上	健診費用の30%程度 (下限6,100円)	28,520円	※請求用紙(裏面)人間ドック項目表の通り	
	子宮頸がん検査 ★	25歳以上	健保補助上限額を超過した額	2,850円	内診(または経膈超音波) + 医師採取頸部細胞診	注1
乳がん検査	30歳以上	3,570円		乳房X線(マンモグラフィ) 乳房超音波	注2	
腹部検査	30歳以上	3,570円		腹部超音波		
甲状腺機能検査	35歳以上	3,570円		甲状腺ホルモン (TSH、FT <sub>3</sub> 、FT <sub>4</sub> など)		
動脈硬化度検査		2,550円		頸動脈超音波 血圧脈波		
肝炎ウイルス検査 ★		2,040円		HB <sub>s</sub> 抗原+HCV抗体	注1	
肺がん検査		7,130円		胸部CT		
ABC検診(胃がんリスク検査) ★		3,570円		ABC検診(ヘリコバクターピロリ抗体 +ペプシノゲン法+ABC判定)	注1	
脳MR検査 ★	脳ポイント年齢	20,370円		頭部MRI+頭部MRA	注1 注3	
前立腺がん検査	50歳以上	1,530円		腫瘍マーカー(PSA)		
歯科検診 ★	16歳以上	3,060円		歯周病健診 (問診+口腔内検査+保健指導など)	注1	

注1:★の部位検診は、補助対象検査方法をすべて実施した場合のみ補助対象となります。

例)脳MR検査を「頭部MRI」のみ受診した場合は補助対象外。

注2:「乳房X線」「乳房超音波」の両方を同日、同健診機関でオプション受診した場合のみ、補助上限額が6,620円まで増額となります。

注3:2023年度の脳MR検査補助対象者(脳ポイント年齢)は下表の通りです。

下記の期間に誕生日が該当する方	補助対象年齢	下記の期間に誕生日が該当する方	補助対象年齢
1950年(S25年)4月1日～1951年(S26年)3月31日	73歳	1971年(S46年)4月1日～1972年(S47年)3月31日	52歳
1953年(S28年)4月1日～1954年(S29年)3月31日	70歳	1974年(S49年)4月1日～1975年(S50年)3月31日	49歳
1956年(S31年)4月1日～1957年(S32年)3月31日	67歳	1977年(S52年)4月1日～1978年(S53年)3月31日	46歳
1959年(S34年)4月1日～1960年(S35年)3月31日	64歳	1980年(S55年)4月1日～1981年(S56年)3月31日	43歳
1962年(S37年)4月1日～1963年(S38年)3月31日	61歳	1983年(S58年)4月1日～1984年(S59年)3月31日	40歳
1965年(S40年)4月1日～1966年(S41年)3月31日	58歳	1988年(S63年)4月1日～1989年(H1年)3月31日	35歳
1968年(S43年)4月1日～1969年(S44年)3月31日	55歳		

■請求方法

「健診(検診)費用補助金請求書(個人立替用)」に必要事項を記入し、  
領収書の原本(レシート不可・要領収印)、健診結果票のコピーを添付して、送付先(専用宛先)へお送りください。  
※ご提出いただいた領収書は返却できません。

【必要書類】

(1)「健診(検診)費用補助金請求書(個人立替用)【家族・任継・特退用】

(2)領収書の原本(レシート不可・要領収印)

※領収書には以下6項目の記載が必要です。

- ①受診年月日 / ②健診機関名 / ③受診者氏名 / ④金額(健診内容毎の内訳)
- ⑤但書き:「人間ドック代」もしくは「部位検診の検査方法(乳房 X 線検査代など)」の記載 / ⑥領収印

(3)健診結果票のコピー(補助請求検査項目とその検査数値がすべて含まれている必要有)

※健診結果は、必ず、請求書と同時に提出ください(提出がない場合、補助をお支払いできません。)

【送付先(専用宛先)】 〒101-8639

労働保健協会 事務センター 日立健康保険組合窓口 個人立替担当 行

- ※住所は不要です。また、海外からの送付はできません。
- ※封筒に切手を貼り、必ず郵便でお送りください。(社内便や宅配便などでは受付できません。)
- ※健診補助金請求専用の宛先ですので、他の書類を同封しないでください。

■支払い

毎月15日(到着分)締切、翌々月末支払い(土・日・祝日の場合は前倒し)

■注意事項

- ・健診(検診)費用の補助請求は、受診者1名につき補助金請求書1枚としてください。
- ・基本健診と部位検診を別で受診した場合は、1回にまとめて請求してください。
- ・従業員の海外赴任に同行されているご家族が海外で健診を受診した場合は、従業員の所属事業所へお手続きください。(本請求書では手続きすることはできません。)
- ・請求内容審査に際して、申請書にご記入いただいた電話番号・住所にご連絡させていただく場合や、受診内容について健診機関に確認する場合がございます。あらかじめご了承ください。
- ・提出書類に不備があった場合は、お支払いが遅れる場合や、ご提出書類一式を返却する場合がございます。

■健診(検診)費用立替受診についてのお問合せ窓口【家族・任継・特退用】

TEL:0120-047-489 受付時間 9:00~17:00(土・日・祝日除く)

健診(検診)費用補助金請求書 記入例

提出日	〇〇〇〇年〇〇月〇〇日	大抵書内にも記入ください	※毎月15日締切(到着分)、翌々月末払
記号	1000	番号	10000000
受診者氏名	健保 薫	生年月日(西暦)	〇〇〇年〇〇月〇〇日
住所	〒000-0000 東京都〇〇市〇〇町1-1-1		
電話	000 000 - 0000		
受診日	〇〇〇〇年〇〇月〇〇日	受診健診機関	〇〇病院 健診センター
項目	健診費用(税込)	健保補助額	健保補助額の上乗(税込)
人間ドック	39,960円	35歳以上	28,520円
子宮頸がん検査	円	25歳以上	2,850円
乳がん検査	6,000円	30歳以上	3,570円
健診(検診)	円	円	円
胸部検査	円	円	円
中核腫瘍検査	円	円	円
動脈硬化度検査	円	円	円
①補助聴診器検査	円	円	円
②血圧測定	円	円	円
③心電図検査	円	円	円
④心電図検査	円	円	円
⑤心電図検査	円	円	円
⑥心電図検査	円	円	円
⑦心電図検査	円	円	円
⑧心電図検査	円	円	円
⑨心電図検査	円	円	円
⑩心電図検査	円	円	円
⑪心電図検査	円	円	円
⑫心電図検査	円	円	円
⑬心電図検査	円	円	円
⑭心電図検査	円	円	円
⑮心電図検査	円	円	円
⑯心電図検査	円	円	円
⑰心電図検査	円	円	円
⑱心電図検査	円	円	円
⑲心電図検査	円	円	円
⑳心電図検査	円	円	円
㉑心電図検査	円	円	円
㉒心電図検査	円	円	円
㉓心電図検査	円	円	円
㉔心電図検査	円	円	円
㉕心電図検査	円	円	円
㉖心電図検査	円	円	円
㉗心電図検査	円	円	円
㉘心電図検査	円	円	円
㉙心電図検査	円	円	円
㉚心電図検査	円	円	円
㉛心電図検査	円	円	円
㉜心電図検査	円	円	円
㉝心電図検査	円	円	円
㉞心電図検査	円	円	円
㉟心電図検査	円	円	円
㊱心電図検査	円	円	円
㊲心電図検査	円	円	円
㊳心電図検査	円	円	円
㊴心電図検査	円	円	円
㊵心電図検査	円	円	円
㊶心電図検査	円	円	円
㊷心電図検査	円	円	円
㊸心電図検査	円	円	円
㊹心電図検査	円	円	円
㊺心電図検査	円	円	円
㊻心電図検査	円	円	円
㊼心電図検査	円	円	円
㊽心電図検査	円	円	円
㊾心電図検査	円	円	円
㊿心電図検査	円	円	円
銀行	〇〇〇〇	支店	1234
口座番号	〇〇〇〇	口座名義	健保 正美

特定健診における実施項目	本人人間ドックを受診した方は必ずご回答ください。	回答
1 歯垢を下げた歯の適用している		はい
2 インスリン注射または血糖値を下げる薬を服用している		はい
3 中性脂肪やコレステロールを下げる薬を服用している		はい
4 腎臓の機能を定期的に受診している		はい

生年月日  
受診者の生年月日をご記入ください。

回答  
「はい」または「いいえ」に○をつけてください。  
※人間ドックを受診した方のみ

領収書(例)

※健診費用全額をお支払いいただいた領収書(原本)を提出してください。  
※提出前に必要事項の記載があるかご確認ください。

No. 0000000000000		領収書	
健保 薫 様		領収金額	45,960円
内訳	検査費用(税込)		45,960円
摘要	人間ドック		39,960円
	マンモグラフィ		6,000円
上記の領収書を受けました。			
2021年11月1日			印

※受診者1名につき補助金請求書1枚としてください。

※請求受付期限 2024年4月15日(月) (到着分)

送付先: 〒101-8639 (住所は不要) ※郵便のみ利用可  
労働保健協会 事務センター 日立健康保険組合窓口 個人立替担当 行

日立健康保険組合 御中

# 2023年度 健診(検診)費用補助金請求書(個人立替用)

提出日	年 月 日	太線枠内をご記入ください		※毎月15日締切(到着分)、翌々月末払	
記号	番号	被保険者氏名	個人情報の取扱いに同意し、補助金を請求します。		
受診者氏名	生年月日(西暦)	年 月 日	続柄		
住所	〒 内容確認のため書類を送付する場合があります。受取可能な住所を記入ください。				
電話	平日の日中に連絡がつく電話番号をご記入ください。				
受診日	年 月 日	受診健診機関			

健診(検診)内容	項目	健診費用(税込)	健保補助対象年齢	健保補助額の上限(税込)	健保記入欄	
	人間ドック	胃バリウム 胃カメラ	円 円	35歳以上	28,520円	円 円
子宮頸がん検査		円	25歳以上	2,850円	円	
乳がん検査	①マンモグラフィ	円	30歳以上	3,570円 (※セット受診は6,620円)	円	
	②乳房超音波	円			円	
	①②セット受診	円			円	
腹部検査(腹部超音波)		円		3,570円	円	
甲状腺機能検査(TSH、FT3、FT4など)		円	35歳以上	3,570円	円	
動脈硬化度検査	①頸動脈超音波	円		2,550円		円
	②血圧脈波	円				円
	①②セット受診	円				円
肝炎ウイルス検査(HBs 抗原+HCV抗体)		円		2,040円	円	
肺がん検査(胸部CT)		円		7,130円	円	
ABC 検診(胃がんリスク検査)		円		3,570円	円	
脳MR検査(頭部MRA+頭部MRI)		円	脳ポイント年齢※	20,370円	円	
前立腺がん検査(PSA)		円	50歳以上	1,530円	円	
歯科検診(歯周病検診)		円	16歳以上	3,060円	円	

保険診療扱いの場合は補助対象外

振込先金融機関(必須)	銀行	銀行コード			口座名義	(フリガナ)
	支店	支店コード				
	預金種目	1.総合・普通 2.当座	口座番号			健保組合から支給される補助金は上記口座へ振り込み願います。振込と同時に補助金を受領したものと認めます。

NO.	質問項目	回答
1	血圧を下げる薬を使用している	はい ・ いいえ
2	インスリン注射または血糖値を下げる薬を使用している	はい ・ いいえ
3	中性脂肪やコレステロールを下げる薬を使用している	はい ・ いいえ
4	現在タバコを習慣的に吸っている *	はい ・ いいえ

人間ドックの場合は回答必須

\*「現在タバコを習慣的に吸っている」とは「合計100本以上または6か月以上吸っている者であり、最近1か月間も吸っている者」

※脳ポイント年齢:年度末年齢が35、40、43、46、49、52、55、58、61、64、67、70、73歳の方。

【添付資料】 ■領収書(原本、領収印が有るもの) ※次の項目が記載されている必要有

- ①受診年月日 ②健診機関名 ③受診者氏名 ④金額(健診内容ごとの内訳)
- ⑤但書き:「人間ドック代」もしくは「部位検診の検査方法(乳房X線検査代など)」の記載

■健診結果票のコピー ※補助請求検査項目とその検査数値がすべて含まれている必要有

支給決定額	円
支給予定日	年 月 日

ここに領収書(原本)をのり付けしてください。

領収書をのり付けいただく前に、下記チェック項目をもう一度ご確認ください。

■添付書類確認事項

(1) 領収書

チェック	確認事項
<input type="checkbox"/>	原本であるか。(レシート、コピー不可)
<input type="checkbox"/>	領収印(または発行元の朱印)があるか。
<input type="checkbox"/>	記載内容に不足がないか。 ①受診年月日 / ②健診機関名 / ③受診者氏名 / ④金額(健診内容毎の内訳) ⑤但書き:「人間ドック代」もしくは「部位検診の検査方法(乳房 X 線検査代など)」の記載

※部位検診の検査方法が領収書で確認できない場合は、確認できる書類(健診結果または明細書など)を領収書と一緒に提出してください。

(2) 健診結果票のコピー

チェック	確認事項
<input type="checkbox"/>	補助請求検査項目がすべて含まれているか。
<input type="checkbox"/>	補助請求検査項目のすべてに検査数値が記載されているか。

【日立健保 人間ドック項目表】

分類	検査によって疑われる疾患	検査項目	分類	検査によって疑われる疾患	検査項目			
身体計測	肥満	身長	採血検査	脂質	動脈硬化、高脂血症、肥満症など	総コレステロール(TC)		
		体重				HDL-コレステロール(HDL-C)		
		BMI				LDL-コレステロール(LDL-C)		
		腹囲				中性脂肪(TG)		
		肥満度						
循環器検査	高血圧、低血圧、不整脈、心臓肥大、心筋梗塞など	血圧	腎機能	痛風、腎結石、糖尿病性腎炎、脱水症など	尿酸(UA)			
		心電図			クレアチニン(CRE)			
		心拍数(または脈拍数)			eGFR			
眼科検査	近視、遠視、緑内障、白内障、眼底出血など	視力	糖代謝	糖尿病	空腹時血糖(または随時血糖)			
		眼底			ヘモグロビン A1c(HbA1c)			
		眼圧						
聴力検査	聴力障害	聴力	血清学	各臓器の炎症、外傷、感染症など	CRP			
呼吸器検査	肺結核、肺がん、肺炎、気管支炎、肺気腫など	胸部X線			尿検査	腎疾患、尿路感染症など	蛋白	
		呼吸機能					糖	
胃がん検査	食道・胃・十二指腸のがん、炎症、腫瘍、ポリープなど	上部消化管 X 線、または、上部消化管内視鏡(経口/経鼻)	大腸がん検査	大腸がん、大腸ポリープなど			潜血	
		腹部検査					肝・膵・腎など各種臓器の炎症、結石、腫瘍など	腹部超音波
採血検査	貧血、各臓器の炎症、外傷など							白血球数(WBC)
					赤血球数(RBC)	質問票(特定健診質問項目含む)		沈渣
		血色素量(ヘモグロビン)			結果通知(メタボリックシンドローム判定)		便潜血(2日法)	
		ヘマトクリット(Ht)						
		血小板数(PLT)						
		MCV、MCH、MCHC						
肝機能	肝臓がん、肝硬変、肝炎、脂肪肝、アルコール性肝炎、膠原病など	AST(GOT)						
		ALT(GPT)						
		γ-GT(γ-GTP)						
		アルカリフォスファターゼ(ALP)						
		総蛋白(TP)						
		アルブミン(ALB)						
		総ビリルビン(T-Bil)						

■健診(検診)費用立替受診についてのお問合せ窓口【 家族・任継・特退用 】

TEL: 0120-047-489

受付時間 9:00~17:00(土・日・祝日を除く)

■健診(検診)費用補助における個人情報の取扱いについて

当健保組合では、健診(検診)費用補助において、以下の通り個人情報を取扱いますので、内容をご確認いただき、同意のうえ、補助金請求を行っていただきますようお願いいたします。個人情報の取扱いに同意いただけない場合は、補助金をお支払いできない場合がございますので、ご了承ください。

【個人情報の取得および利用目的】

取得する個人情報	被保険者証記号・番号、被保険者に関する情報(氏名、所属事業所名・部署名・電話番号)、住所、電話番号、受診者情報(氏名・続柄・生年月日・年齢・受診日・費用)、補助金振込先(銀行名・支店名・預金種目・口座番号・名義)、健診機関名、健診結果、健診における質問項目
利用目的	・補助金支払い事務(本人確認、補助金請求書の電子化処理等の委託、補助金に関する会計処理、補助金請求書等の送付) ・事業評価、高齢者の医療の確保に関する法律等の法令により行う各種統計 (利用にあたり、個人を特定できないよう処理します)

【個人情報の提供】

当健保組合は、補助金支払事務処理にあたり、以下の業務委託契約先に個人情報を提供します。

なお、業務委託契約先とは、個人情報の取扱いに関する契約を締結し、個人情報保護に関する監督を行っています。

業務委託契約先	一般社団法人労働保健協会、ビーウィズ株式会社
提供する個人情報	上記「取得する個人情報」全て
提供の手段	データ化した個人情報を電送、または個人情報が記載された紙を郵送

<健診結果の保管義務について>

法令により、健保組合には加入者の健診結果を保管する義務がありますので、健診(検診)費用補助金請求時に、必ず、健診結果票のコピーを提出してください。

なお、提出いただいた健診結果は、日立健保の「個人情報保護基本規程」に基づき、適切に保管いたします。

<健診受診状況の事業所への提供について(受診者がご家族の場合)>

適切な健診受診勧奨の実施を目的に、ご家族の健診受診状況を、被保険者が所属する事業所へ提供いたしますので、あらかじめご了承ください。

※個人情報の取扱いについて、ご不明な点やご意見がありましたら下記までご連絡ください。

※個人情報の開示・訂正・利用停止を希望される場合は、お申し出ください。

<個人情報保護管理者> 日立健康保険組合 事務局長

<お問合せ先> 日立健康保険組合 健康経営支援課 TEL:03-4554-3040