

「健診の補助金請求（償還払い）」 条件変更のご案内

被保険者や被扶養者の方が、近くに契約健診機関が無く健診を受診できない場合は補助金の請求（全額立て替え払いをして後日当組合に請求）ができます。

※東京都内でも契約健診機関が無い場合は請求が出来ます。

1 健診は保険診療ではないため、「各医療機関独自の設定」になっており、契約健診機関以外では費用が高額になります。（同じ健診内容でも 20,000～35,000 円など様々です）
契約健診以外で受診する場合は料金の確認をおすすめします。

2 必須項目や補助額の上限が設定されていますので、詳細は次ページをご確認ください。

3 請求方法 下の4つを揃えて請求してください

「健康診査補助金請求書」（当組合ホームページ「各種届出書ダウンロード」参照）

「領収書」（原本 コピーも可）

「健診結果」（原本またはコピー どちらも返却します）

「質問票」（40歳以上は必須。当組合ホームページ「各種届出書ダウンロード」参照）

4 請求期限

請求期限は受診日から 1 年以内

必須項目や補助額は次ページ

「健診補助金請求（償還払い）」必須検査項目と補助額について

健診費用が様々なため、種別ごとに健保で「基準額」が設定されています

一般健診 A1(34歳以下と36～39歳) 健保基準額上限 3,000円 自己負担額 1,000円

必須項目:身長 体重 血圧 尿検査 胸部X線検査

〈例〉領収書の金額 4,400円の場合 補助額 2,000円

基準額 3,000円 - 自己負担額 1,000円 = 2,000円

一般健診 A2(35歳と40歳以上) 健保基準額上限 7,000円 自己負担額 1,000円

必須項目:身長 体重 血圧 尿検査 胸部X線検査 腹囲 血液検査 心電図 40歳以上は質問票
※二重線の検査が未実施の場合 一般健診 A1として計算されます。

※令和2年度は国の補助金事業により34歳以下でもA2の額が支給されます。(1ページの2項参照)

〈例〉領収書の金額 9,600円の場合 補助額 6,000円

基準額 7,000円 - 自己負担額 1,000円 = 6,000円

生活習慣病健診(35歳以上) 健保基準額上限 17,000円 自己負担額 2,000円

乳房エコー検査補助額 1,500円 子宮頸がん検査補助額 1,500円

必須項目:身長 体重 腹囲 血圧 血液検査 尿検査 胸部X線検査 心電図 胃部X線検査 便潜血反応
40歳以上は質問票

※二重線の検査が未実施の場合 一般健診として計算されます。

〈例〉領収書の金額 30,000円で乳房、子宮検査実施の場合 補助額 18,000円

基準額 17,000円 + 乳房 1,500円 + 子宮 1,500円
- 自己負担額 2,000円 = 18,000円

人間ドック(35歳以上) 健保補助金額上限 20,000円

乳房エコー検査補助額 1,500円 子宮頸がん検査補助額 1,500円

必須項目:身長 体重 腹囲 血圧 血液検査 尿検査 胸部X線検査 心電図 胃部X線検査 便潜血反応
腹部超音波検査 40歳以上は質問票

※二重線の検査が未実施の場合 生活習慣病健診として計算されます。

〈例〉領収書の金額 50,000円で子宮検査実施の場合 補助額 21,500円

補助金額 20,000円 + 子宮 1,500円 = 21,500円

＜注意＞

- 原則、すべての検査を同日に実施してください。
- 医療機関で「人間ドック」とうたっていても、生活習慣病健診レベルの検査など健診名が異なる場合がありますのでご注意ください。

同 年 月 日	令 和	年	月	日	常務理事	事務局長	課 長	係 長	係
支 払 決 議 書									
支 払 額									
補 助 金 支 払 内 訳									
<input type="checkbox"/> 一般健康診査	34 歳以下 35 歳・40 歳以上				<input type="checkbox"/> 生活習慣病健康診査				
<input type="checkbox"/> 人間ドック					<input type="checkbox"/> 主婦健康診査				

※以下の太線枠欄にご記入ください。

健康診査補助金請求書

東京都皮革産業健康保険組合 殿

令和 年 月 日

健康診査を実施しましたので、下記の書類を添えて補助金を申請します。

領収書（原本 コピーも可） 健康診査個人結果票（コピー） 質問票（40歳～74歳の方）

健康診査の種類	1. 一般健康診査		2. 生活習慣病健康診査	
	3. 人間ドック		4. 主婦健康診査	
実施医療機関				
同所在地	電話			
実施年月日	令和	年	月	日
	実施人数	人		
実施に要した健診費用	円			
保険証記号				
保険証番号	氏名	性別	年齢	健診受診日
				費用単価
				備考

事業所所在地
事業所名
事業主名
電話番号
事務担当者名

印

受付印