

# 島根県医師国民健康保険組合から 令和2年度 各種健診（検診）事業のご案内

**健診（検診）受診後はお早めに申請をお願いします！**

※ 年度内申請を原則としています

|         | 対象者                    | 実施期間 | 実施方法・<br>検査項目等                                                                                                                                                                                                     | 助成限度額<br>(差額は自己負担)                                              | 申請に必要な<br>様式・添付書類                                                                                                                                                                                                 |
|---------|------------------------|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 人間ドック事業 | 組合員                    | 通年   | <p>《実施方法》<br/>組合員は指定医療機関(15機関)に予約の上受診する。</p> <p>《検査項目》<br/>指定医療機関が定めた内容による。</p> <p>※基本健診項目がない場合は一般健診事業の費用助成の取り扱い</p> <p>※特定健診の同時受診を推奨</p>                                                                          | <p>30,000円/人</p> <p>＜特定健診のデータ提供を行う場合＞<br/>+ 1,000円/人</p>        | <ul style="list-style-type: none"> <li>・保健事業様式第1号 [添付書類]</li> <li>・「検査項目・検査結果」並びに「領収書」 ※いずれも写し可</li> </ul> <p>＜特定健診のデータ提供を行う場合＞</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・保健事業様式第1号 [続き] (1/2)、(2/2)</li> </ul> |
| がん検診事業  | 組合員<br>家族<br>准組合員（従業員） | 通年   | <p>《実施方法》<br/>1.組合員(医療機関)毎の個別検診<br/>2.郡市医師会取りまとめによる集団検診</p> <p>《検査項目》<br/>①胃がん(「胃内視鏡」又は「胃部X線」)<br/>②肺がん(「胸部X線」又は「胸部X線及び喀痰細胞診」、「胸部CT」)<br/>③大腸がん(便潜血)<br/>④乳がん(「乳房X線」又は「視触診及び乳房X線」)<br/>⑤子宮頸がん(視診、子宮頸部の細胞診及び内診)</p> | <p>8,000円/人</p> <p>※複数の検診項目の実施可</p>                             | <p>《組合員(医療機関)毎の個別検診による申請》</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・保健事業様式第4号</li> <li>・保健事業様式第4号-1 [添付書類]</li> <li>・「検査項目・検査結果」並びに「領収書」 ※いずれも写し可</li> </ul> <p>(郡市医師会取りまとめによる集団健診は省略)</p>                      |
| 一般健康診断  | 組合員<br>家族<br>准組合員（従業員） | 通年   | <p>《実施方法》<br/>郡市医師会取りまとめによる集団健診(実施要綱の事前提出必須)</p> <p>《検査項目》<br/>郡市医師会で定める検査項目</p>                                                                                                                                   | <p>8,000円/人</p> <p>※特定健診対象者における特定健診の基本的な項目及び追加の項目、詳細な項目は対象外</p> | <p>郡市医師会から一括請求</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・健診実施費用支給申請書(様式随意)</li> <li>・保健事業様式第3号 [添付書類]</li> <li>・「検査項目・検査結果」並びに「領収書」 ※いずれも写し可</li> </ul>                                                         |

※ 人間ドック・がん検診・一般健診の給付につきましては、年度1回を限度とし重複申請の場合は先に申請されたものを優先します。

特定健診を受診(データ提供)されることにより費用額が給付されます。  
※ 実質の健診費用は「無料」となります。

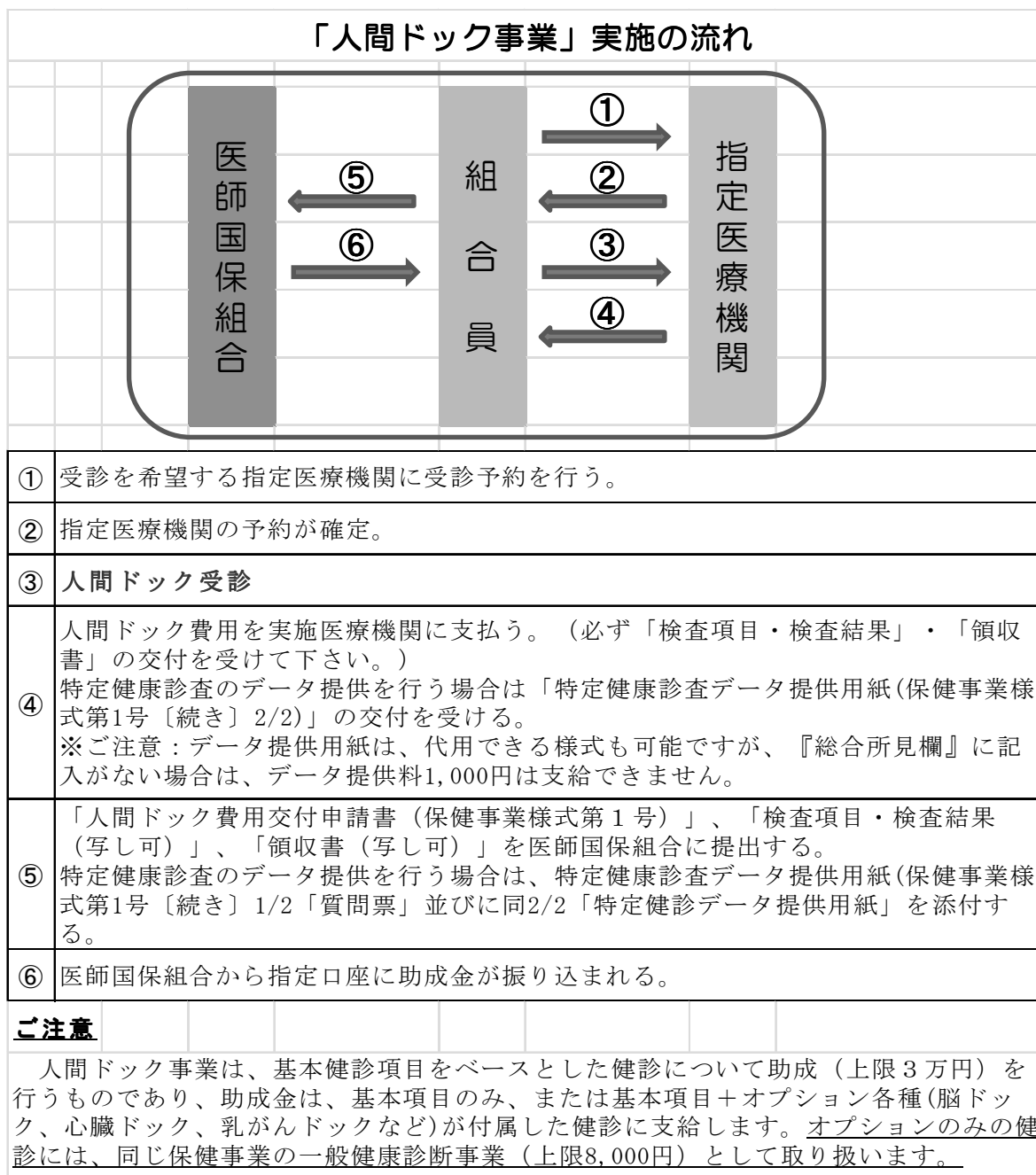
|                 |                 |             |                                                                                                                                                |                                                                                                                                  |                                                                                                                                       |
|-----------------|-----------------|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 特定健診<br>ABC検診事業 | 40歳から75歳までの被保険者 | 7月1日～12月31日 | <p>《実施方法》<br/>対象者には毎年6月中旬に受診券に併せて案内文書にて通知。特定健診実施機関にて受診。<br/>※自院において自家健診も可能(詳しくは、ご案内文書に記載)</p> <p>《検診項目》<br/>・基本的な健診<br/>・追加健診(貧血・尿酸・クレアチン)</p> | <p>※消費税10%</p> <p>《基本項目》<br/>8,745円/人</p> <p>《追加項目》<br/>貧血:231円/人<br/>尿酸:121円/人<br/>クレアチン:121円/人</p> <p>《データ提供》<br/>1,000円/人</p> | <p>実施機関から島根県国保連合会に費用請求を行う。(通常の費用請求)</p> <p>《データ提供》<br/>人間ドック事業を除く又は労働安全衛生法による事業場健診等による特定健診データ提供の場合</p> <p>・特定健診データ提供様式第1号、第2号、第3号</p> |
|                 | 当該年度に特定健診を受診した方 | 通年          | <p>《実施方法》<br/>特定健診受診時の同時実施を推奨</p>                                                                                                              | <p>2,000円/人</p>                                                                                                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・保健事業様式第2号 [添付書類]</li> <li>・「領収書」 ※写し可</li> </ul>                                              |

**上記の健診（検診）は各市町村の行う健診結果も助成対象として利用できます  
(健診（検診）の実施予定は各市町村の広報などでご確認ください)**

**お問い合わせ： 島根県医師国民健康保険組合 (Tel0852-26-3100)**

# 人間ドック事業

組合員（後期高齢者の組合員を含む。）を対象に人間ドック実施費用の一部を助成します。



## 島根県医師国民健康保険組合保健事業実施要綱（抜粋）〔平成31年4月改正分〕

### 第2 人間ドック事業

#### 1. 実施対象者

組合員（後期高齢者の組合員を含む。）

#### 2. 実施方法

人間ドック（以下「ドック」という。）の実施にあたっては、組合員は次に掲げる指定医療機関の中から選定し、実施期日を予約のうえ実施する。

松江市立病院、松江赤十字病院、安来市立病院、雲南市立病院、町立奥出雲病院、出雲市立総合医療センター、大田市立病院、済生会江津総合病院、独立行政法人国立病院機構浜田医療センター、益田赤十字病院、公益社団法人益田市医師会立益田地域医療センター医師会病院、隠岐広域連合立隠岐病院、公益財団法人島根県環境保健公社総合健診センター、公益財団法人ヘルスサイエンスセンター島根、島根大学医学部附属病院

### 3. 検査項目

指定医療機関が定めた内容による。

### 4. 費用負担

- (1) ドックの費用は、組合員が実施の際に支払った後、組合に人間ドック実施費用交付申請書（保健事業様式第1号）に、検査項目・検査結果（写し可）、領収書（写し可）を添えて提出する。但し、特定健康診査のデータ提供を行う場合は、特定健康診査データ提供用紙（保健事業様式第1号〔続き〕）を提出することとする。
- (2) 組合は、前項の申請に基づき30,000円を限度として助成する。但し、特定健康診査のデータ提供を行う場合は、データ提供料として1,000円を追加助成する。

#### 【関連様式】

- ・（保健事業様式第1号）人間ドック実施費用交付申請書
- ・（保健事業様式第1号〔続き〕）特定健康診査 質問票・データ提供用紙

#### 【申請時添付書類】

- ・ 検査項目・検査結果（写し可）
- ・ 領収書（写し可）

## がん検診事業

組合員（後期高齢者の組合員を含む。）、家族、准組合員を対象にがん検診実施費用の一部を助成します。

#### 島根県医師国民健康保険組合保健事業実施要綱（抜粋）〔平成30年2月改正分〕

### 第5 がん検診事業

#### 1. 実施対象者

組合員（後期高齢者の組合員を含む。）、被保険者である家族、准組合員（看護学生、生徒を除く。）。

#### 2. 実施方法

- I) 実施対象者は、実施期日を予約のうえ個別検診として実施する。
- II) 郡市医師会の取りまとめによる集団検診として実施する。実施にあたっては、郡市医師会から予め実施要綱（様式随意、実施日・実施機関・検査項目・実施予定人数を記載のこと。）を提出する。

#### 3. 検査項目

検査対象項目（厚労省補助対象項目）は以下のとおりとする。

- ① 胃がん（「胃内視鏡検査」又は「胃部エックス線検査」）
- ② 肺がん（「胸部エックス線検査」又は「胸部エックス線検査及び喀痰細胞診」、「胸部ＣＴ検査」）
- ③ 大腸がん（「便潜血検査」）
- ④ 乳がん（「乳房エックス線検査」又は「視触診及び乳房エックス線検査」）
- ⑤ 子宮頸がん（「視診、子宮頸部の細胞診及び内診」）

#### 4. 費用負担

##### (1) Iに掲げる実施方法の場合

費用は、実施対象者が実施の際に支払った後、組合員が申請者としてがん検診実施費用交付申請書（保健事業様式第4号）に、がん検診事業個人別実施明細書（保健事業様式第4号-1）、検査項目・検査結果（写し可）、領収書（写し可、検査項目毎の費用額記載のこと）を添えて組合へ提出する。

##### (2) IIに掲げる実施方法の場合

郡市医師会は、がん検診実施費用交付申請書（保健事業様式第4号-2）、検査項目・検査結果（写し可）を取りまとめの上、がん検診実施費用支給申請書（様式随意）を組合へ提出する。

(3) 検診費用の算定にあたっては、社会保険診療報酬に基づく額を限度とする。

(4) 組合は、前項の申請に基づき申請内容を審査の上、1人当たり8,000円を限度として助成する。

(5) 申請は、当該年度1回限りとする。また、人間ドック事業、一般健康診断事業との重複申請はできない。重複申請の場合、先に申請されたものを優先とする。

#### 【関連様式】〔組合員による個別検診の場合〕

- ・（保健事業様式第4号）島根県医師国民健康保険組合「がん検診事業」費用交付申請について
- ・（保健事業様式第4号-1）がん検診事業 個人別実施明細書

#### 【申請時添付書類】

- ・ 検査項目・検査結果（写し可）
- ・ 領収書（写し可）

#### 【検査項目別助成費上限額】 〔令和元年度実施分〕

| 検査項目             | 助成費上限額 |
|------------------|--------|
| ①胃がん             |        |
| 胃内視鏡検査           | 8,000円 |
| 胃部エックス線検査        | 6,400円 |
| ②肺がん             |        |
| 胸部エックス線検査        | 1,800円 |
| 胸部エックス線検査及び喀痰細胞診 | 3,100円 |
| 単純ＣＴ検査           | 8,000円 |
| ③大腸がん(便潜血検査)     | 1,300円 |

|                |            |
|----------------|------------|
| ④乳がん           |            |
| 乳房エックス線検査      | 4, 2 0 0 円 |
| 視触診及び乳房エックス線検査 | 4, 2 0 0 円 |
| ⑤子宮頸がん         | 3, 4 0 0 円 |

※ 上記の金額は社会保険診療報酬に基づき国庫補助金標準額を参考としています。

※ 複数の検査項目を実施することは可能です。この場合、全検査項目の合算額の上限は8,000円となります。

## 一般健康診断事業

郡市医師会の取りまとめによる集団検診として郡市医師会が定める健診方式で実施します。

## ABC検診事業

特定健康診査（特定健診）を受診された方を対象に助成します。

**島根県医師国民健康保険組合保健事業実施要綱（抜粋）**〔平成30年2月改正分〕

### 第3 ABC検診事業

#### 1. 実施対象者

組合員、被保険者である家族、准組合員（看護学生、生徒を除く。）で、当年度に特定健康診査を実施した者。

#### 2. 実施方法

実施対象者は、実施期日を予約のうえ実施する。

#### 3. 検査項目

ABC検診（当分の間1回を限度とする。）

#### 4. 費用負担

（1）費用は、実施対象者が実施の際に支払った後、組合員が申請者として組合にABC検診実施費用交付申請書（保健事業様式第2号）に、領収書（写し可）を添えて提出する。

（2）組合は、前項の申請に基づき申請内容を審査の上、1人当たり2,000円を限度として助成する。

#### 【関連様式】

- ・（保健事業様式第2号）ABC検診費用交付申請書

#### 【申請時添付書類】

- ・ 領収書（写し可）

人間ドック実施費用交付申請書

|                                                                 |                                                               |                                                                                                                                                                                                      |
|-----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 被保険者証の<br>記号番号                                                  | 60 -                                                          |                                                                                                                                                                                                      |
| 療養を受けた<br>組合員                                                   | 氏 名                                                           | 〔指定健診医療機関〕<br>松江市立病院、松江赤十字病院、<br>安来市立病院、雲南市立病院、町<br>立奥出雲病院、出雲市立総合医<br>療センター、大田市立病院、江津<br>総合病院、浜田医療センター、益<br>田赤十字病院、益田地域医療セン<br>ター医師会病院、隠岐病院、島根<br>県環境保健公社総合健診セン<br>ター、ヘルスサイエンスセンター島<br>根、島根大学医学部附属病院 |
|                                                                 | 生年月日                                                          |                                                                                                                                                                                                      |
| 実施年月日                                                           | 令和      年      月      日                                       |                                                                                                                                                                                                      |
| 実施医療機関                                                          | ※ 左記の指定健診医療機関一覧から選択してご記入ください。                                 |                                                                                                                                                                                                      |
| 検 査 項 目 内 訳                                                     |                                                               | 費 用 額                                                                                                                                                                                                |
| <input type="checkbox"/> 基本健診                                   |                                                               | 円                                                                                                                                                                                                    |
| がん<br>検<br>診                                                    | <input type="checkbox"/> 胃がん1（胃内視鏡検査）                         | 円                                                                                                                                                                                                    |
|                                                                 | <input type="checkbox"/> 胃がん2（胃部エックス線検査）                      | 円                                                                                                                                                                                                    |
|                                                                 | <input type="checkbox"/> 肺がん1（胸部エックス線検査）                      | 円                                                                                                                                                                                                    |
|                                                                 | <input type="checkbox"/> 肺がん2（胸部エックス線検査及び喀痰細胞診）               | 円                                                                                                                                                                                                    |
|                                                                 | <input type="checkbox"/> 肺がん3（胸部C T検査）                        | 円                                                                                                                                                                                                    |
|                                                                 | <input type="checkbox"/> 大腸がん（便潜血検査）                          | 円                                                                                                                                                                                                    |
|                                                                 | <input type="checkbox"/> 乳がん（「乳房エックス線検査」もしくは「視触診及び乳房エックス線検査」） | 円                                                                                                                                                                                                    |
|                                                                 | <input type="checkbox"/> 子宮頸がん（視診、子宮頸部の細胞診及び内診）               | 円                                                                                                                                                                                                    |
| そ<br>の<br>他                                                     |                                                               | 円                                                                                                                                                                                                    |
|                                                                 |                                                               | 円                                                                                                                                                                                                    |
| <input type="checkbox"/> (チェックボックス)は、実施した検査項目に<br>チェックを入れてください。 |                                                               | 費 用 額 合 計      円                                                                                                                                                                                     |

|                                                     |                |                                                         |                   |
|-----------------------------------------------------|----------------|---------------------------------------------------------|-------------------|
| 特定健診データ提供      有 ・ 無                                |                | ※ 特定健診のデータ提供をされる場合は「有」に○印を記し、保健事<br>業様式第1号〔続き〕を添付して下さい。 |                   |
| 振<br>込<br>先<br>（<br>申<br>請<br>者<br>の<br>口<br>座<br>） | 銀行・信金<br>信組・農協 |                                                         | 本 店<br>支 店<br>出張所 |
|                                                     | 種別             | 1. 普 通 預 金                                              | 口座番号              |
|                                                     |                | 2. 当 座 預 金                                              |                   |
|                                                     |                | 3. 貯 蓄 預 金                                              |                   |
| 名義                                                  | (フリガナ)         |                                                         |                   |

上記の通り、人間ドックを実施したので、実施費用交付を申請いたします。

|                                                         |
|---------------------------------------------------------|
| 令和      年      月      日                                 |
| 申請者(組合員)<br>住 所      (〒      -      )<br><br>氏 名      ⑨ |

島根県医師国民健康保険組合理事長    様

## 質 問 票

|       |                                     |                      |                                     |
|-------|-------------------------------------|----------------------|-------------------------------------|
| 記 入 日 | 令和          年          月          日 | ※ 本様式は受診者においてご記入下さい。 |                                     |
| 氏 名   |                                     | 生年月日                 | 昭和          年          月          日 |

| No. | 質 問 事 項                                                                               | 選択肢                                                                                                                        | 回答欄 |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 1-3 | 現在、a から c の薬の使用の有無                                                                    |                                                                                                                            |     |
| 1   | a. 血圧を下げる薬                                                                            | ①はい          ②いいえ                                                                                                          |     |
| 2   | b. 血糖を下げる薬又はインスリン注射                                                                   | 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）にかかっているといわれたり、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）にかかっているといわれたり、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いわれたり、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、貧血といわれたことがある。                                                                    | ①はい          ②いいえ                                                                                                          |     |
| 8   | 現在、たばこを習慣的に吸っている。<br>（※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、合計で100本以上、又は6ヶ月以上吸っている者であり、最近1ヶ月間も吸っている者）   | ①はい          ②いいえ                                                                                                          |     |
| 9   | 20歳の時の体重から10kg以上増加している。                                                               | ①はい          ②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                                                         | 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                                                         | 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。                                                                | ①はい          ②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。                                                            | ①何でもかんで食べることができる<br>②歯や歯ぐき、かみあわせなど気になる部分があり、かみにくいことがある<br>③ほとんどかめない                                                        |     |
| 14  | 人と比較して食べる速度が速い。                                                                       | ①速い          ②ふつう<br>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回以上ある。                                                           | 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<br>③ほとんど摂取しない                                                                                             |     |
| 17  | 朝食を抜くことが週3回以上ある。                                                                      | ①はい          ②いいえ                                                                                                          |     |
| 18  | お酒（清酒、焼酎、ビール、洋酒など）を飲む頻度                                                               | ①毎日          ②時々<br>③ほとんど飲まない（飲めない）                                                                                        |     |
| 19  | 飲酒日の1日当たりの飲酒量<br>日本酒1合（180ml）の目安：ビール500ml、焼酎（25度（110ml）、ウイスキーダブル1杯（60ml）、ワイン2杯（240ml） | ①1合未満      ②1～2合未満<br>③2～3合未満   ④3合以上                                                                                      |     |
| 20  | 睡眠で休養が十分とれている。                                                                        | 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っていますか。                                                         | ①改善するつもりはない<br>②改善するつもりである（概ね6か月以内）<br>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<br>④既に改善に取り組んでいる（6か月未満）<br>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保健指導を受ける機会があれば、利用しますか。                                                     | ①はい          ②いいえ                                                                                                          |     |

特定健康診査データ提供用紙

※ 本様式は健診実施機関においてご記入下さい。

|       |                         |
|-------|-------------------------|
| 実施年月日 | 令和      年      月      日 |
|-------|-------------------------|

|       |                                                          |
|-------|----------------------------------------------------------|
| 受診者情報 |                                                          |
| ふりがな  | 性別                                                       |
| 氏 名   | <input type="checkbox"/> 男<br><input type="checkbox"/> 女 |
| 生年月日  | 昭和      年      月      日      年齢<br>歳                     |

|        |                                                                                                                                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 健診機関情報 |                                                                                                                                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 所在地    | 〒      —                                                                                                                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 機関名    |                                                                                                                                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 健診機関番号 | <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table><br><input type="checkbox"/> 機関番号なし又は不明 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|        |                                                                                                                                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|        |      |                                                                       |        |
|--------|------|-----------------------------------------------------------------------|--------|
| 問診結果情報 | 問診項目 | 該当箇所のチェック                                                             | 具体的な内容 |
|        | 既往歴  | <input type="checkbox"/> 特記すべきことあり <input type="checkbox"/> 特記すべきことなし |        |
|        | 自覚症状 | <input type="checkbox"/> 特記すべきことあり <input type="checkbox"/> 特記すべきことなし |        |
|        | 他覚症状 | <input type="checkbox"/> 特記すべきことあり <input type="checkbox"/> 特記すべきことなし |        |

| 検査項目   |             | 検査結果 |  |   |                   | 検査項目          |           | 検査結果                                                                                                                                         |   |   |       |
|--------|-------------|------|--|---|-------------------|---------------|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|-------|
| 身体計測   | 身長          |      |  | . | cm                | 血糖検査          | 空腹時血糖     | /                                                                                                                                            |   |   | mg/dl |
|        | 体重          |      |  | . | kg                |               | H b A 1 c | /                                                                                                                                            |   | . | %     |
|        | B M I       |      |  | . | kg/m <sup>2</sup> | 尿中一般物質定性半定量検査 | 糖         | <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> +<br><input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++ |   |   |       |
|        | 腹 囲         |      |  | . | cm                |               | 蛋白        | <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> +<br><input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++ |   |   |       |
| 血圧     | 収縮期血圧（最高）   | /    |  |   | mmHg              | 追加検査項目        |           | 検査結果                                                                                                                                         |   |   |       |
|        | 拡張期血圧（最低）   | /    |  |   | mmHg              | 腎機能検査         | 血清クレアチン   | /                                                                                                                                            | . |   | mg/dl |
| 血中脂質検査 | 中性脂肪        |      |  |   | mg/dl             | 尿酸検査          | 血清尿酸      |                                                                                                                                              | . |   | mg/dl |
|        | HDL-コレステロール | /    |  |   | mg/dl             | 貧血検査          | ヘマトクリット値  |                                                                                                                                              | . |   | %     |
|        | LDL-コレステロール | /    |  |   | mg/dl             |               | 血色素量      |                                                                                                                                              | . |   | g/dl  |
| 肝機能検査  | G O T       |      |  |   | IU/1              |               | 赤血球数      | /                                                                                                                                            |   |   |       |
|        | G P T       |      |  |   | IU/1              |               |           |                                                                                                                                              |   |   |       |
|        | γ - G T P   |      |  |   | IU/1              |               |           |                                                                                                                                              |   |   |       |

|      |                |                                                                                           |
|------|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| 総合所見 | メタボリックシンドローム判定 | <input type="checkbox"/> 基準該当 <input type="checkbox"/> 予備群該当 <input type="checkbox"/> 非該当 |
|      | 医師の診断（判定）      |                                                                                           |
|      | 健康診断を実施した医師の氏名 | ⑩                                                                                         |



ABC検診実施費用交付申請書

|                   |       |
|-------------------|-------|
| 組合員の<br>被保険者証記号番号 | 6 0 ー |
| 組合員氏名             |       |

検診実施者

| 被保険者記号番号 | 氏 名 | 性別  | 生 年 月 日                 | 費用額<br>(領収額) |
|----------|-----|-----|-------------------------|--------------|
| 60ー      |     | 男・女 | 昭和<br>平成<br>令和<br>年 月 日 | 円            |
| 60ー      |     | 男・女 | 昭和<br>平成<br>令和<br>年 月 日 | 円            |
| 60ー      |     | 男・女 | 昭和<br>平成<br>令和<br>年 月 日 | 円            |
| 60ー      |     | 男・女 | 昭和<br>平成<br>令和<br>年 月 日 | 円            |
| 60ー      |     | 男・女 | 昭和<br>平成<br>令和<br>年 月 日 | 円            |
| 合計金額     |     |     |                         | 円            |

交付金振込先

|                 |    |                               |      |                 |
|-----------------|----|-------------------------------|------|-----------------|
| 振込先<br>(申請者の口座) |    | 銀行・信金<br>信組・農協                |      | 本店<br>支店<br>出張所 |
|                 | 種別 | 1. 普通預金<br>2. 当座預金<br>3. 貯蓄預金 | 口座番号 |                 |
|                 | 名義 | (フリガナ)                        |      |                 |

上記のとおり、検診を実施したので助成金の交付を申請いたします。

|          |  |
|----------|--|
| 令和 年 月 日 |  |
| 申請者（組合員） |  |
| 〒 ー      |  |
| 住 所      |  |
| 氏 名      |  |
| 印        |  |

島根県医師国民健康保険組合理事長 様

注 1) この用紙が 2 枚以上になる場合、振込先の記載は 1 枚目のみで結構です。  
2) 領収書（写し可）を添付してください。



|      |         |   |   |   |
|------|---------|---|---|---|
| 受診情報 | 検診実施年月日 |   |   |   |
|      | 令和      | 年 | 月 | 日 |

|       |                                                                                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                          |  |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----------------------------------------------------------|--|
| 受診者情報 | 被保険者証記号番号                                                                                                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                          |  |
|       | 6 0 - [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]                                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                          |  |
|       | ふりがな                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 性別                                                       |  |
|       |                                                                                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                          |  |
|       | 氏 名                                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  | <input type="checkbox"/> 男<br><input type="checkbox"/> 女 |  |
|       | <input type="checkbox"/> 大正<br><input type="checkbox"/> 昭和<br><input type="checkbox"/> 平成<br><input type="checkbox"/> 令和 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 生年月日 [ ] 年 [ ] 月 [ ] 日 年齢 歳                              |  |

|                            |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |                                         |
|----------------------------|-----------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|-----------------------------------------|
| 検<br>診<br>機<br>関<br>情<br>報 | 検診実施機関名（データ提供の場合には印不要）            |  |  |  |  |  |  |  |  |                                         |
|                            | 所在地      〒                      ー |  |  |  |  |  |  |  |  |                                         |
|                            | 機関名                               |  |  |  |  |  |  |  |  |                                         |
|                            | 印                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |                                         |
|                            | 検診機関番号                            |  |  |  |  |  |  |  |  |                                         |
|                            |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  | <input type="checkbox"/> 機関番号なし<br>又は不明 |

(R1. 5. 1改正)

# 国民健康保険組合に対する インセンティブ(補助金)制度へのご協力をお願いします！

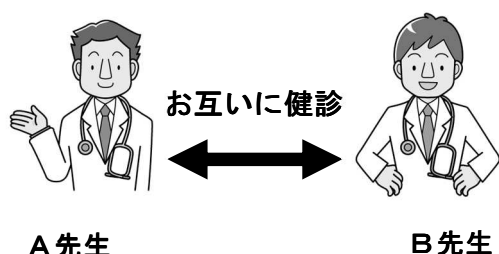
「国民健康保険組合に対するインセンティブ(補助金)制度」として、①特定健診の受診率向上のほか、以下の②～③を含めた事業について、それぞれ実績毎のポイントにより補助金が上乘せされる制度があります。

本組合は、特に「①特定健診の受診率向上について」高得点を目指しますので、ご理解ご協力をお願いいたします。

## 1. 特定健診の受診率向上について

－ 早めの受診と国保連合会への費用請求(データ提供)をお願いします －

**親しい先生同士での健診をお奨めします！**



お互いに「受診券」「質問票」「血液検査情報」(自院で採血された血液検査情報でも可)をもって健診を行って下さい。

健診方法は問いません。それぞれで費用請求していただけますから直接の費用のやり取りは不要となります。

※ 自院が特定健診実施機関である場合に限りです。

**自院での家族・従業員の健診は可能です！**

組合員(医師)ご自身の自己健診は認められませんが、別の医師(非常勤含む)の署名による自家健診は差し支えありません。

☆「人間ドック」や「職場健診」、「各郡市医師会等で実施される健康診断」のデータも特定健診データとして利用できます

「人間ドック」等からのデータ提供される場合は、医師国保組合にお知らせ下さい。(データ提供様式をお送りします)

## 2. 特定保健指導の実施率向上について

**自院での家族・従業員への特定保健指導は可能です！**

本組合では、特定健診受診者で特定保健指導(動機付け支援・積極的支援)の対象となった皆さんには、「特定保健指導利用券」をお送りし、保健指導の実施をお願いしております。

県内の特定保健指導実施機関(協会けんぽ島根支部指定機関)にて実施できますが、組合員の先生方による保健指導の実施は可能で直接本組合に費用請求を行っていただけます。詳しくは、本組合にお問い合わせ下さい。

★組合員(医師)による特定保健指導(動機付け支援)は、医師国保組合や各自治体の様式を利用して実施できます。

## 3. がん検診受診率の向上について

本組合では、「がん検診事業」として加入者の皆さまに向けた健康管理、疾病の早期発見などにお役立ていただくよう検診費用の助成(対象：①胃がん、②肺がん、③大腸がん、④乳がん、⑤子宮頸がん)を行っております。詳しくは「保健事業実施要綱」又は「令和2年度各種健診(検診)事業のご案内」をご覧ください。

お問い合わせ：島根県医師国民健康保険組合 (TEL 0852-26-3100)