

支給決定日	支給決定金額	常務理事	事務長	担当者
月　　日	円			

※右欄は健康保険組合の使用欄

人間ドック他、特定健診補助金支給申請書（令和7年度用）

* 申請できるのは、3つの内1つです。

受診項目	窓口支払額	受診年月日	令和　　年　　月　　日	
人間ドック		健診機関名		
生活習慣病健診		健診機関住所		
特定健診		tel	()	
フリガナ		生年月日	受診日年齢	被保険者との続柄
受診者氏名		昭・平　　年　　月　　日	歳	
受診者住所	〒　　-	日中連絡の取れるTEL		

上記のとおり申請致します。

記入日：令和　　年　　月　　日

クラシエ健康保険組合 御中

被保険者証の 記号・番号	—	所属事業所	
フリガナ			
被保険者氏名			

※以下の内容をご確認のうえ、申請ください。(人間ドック、生活習慣病健診、特定健診とも)

対象年齢 (受診時)	人間ドック…満35歳以上、生活習慣病健診…満35歳以上 特定健診…40歳以上
必要添付書類 (すべて□になっ ていますか?)	<input type="checkbox"/> 領収証原本(「特定健診料〇〇円を含む」という記載が必須です) <input type="checkbox"/> 問診票1.2 <input type="checkbox"/> 健診結果表(写)
必須検査項目	別紙参照。 人間ドック、生活習慣病健診、特定健診の「必須検査項目」を健診機関にご確認ください。必須検査項目に不備があると補助金対象になりませんのでご注意ください。
受診期間及び 申請受付期限	令和7年4月～令和8年2月末日までに受診の上、 令和8年3月10日までに申請してください。(健保必着)
その他	補助は1会計年度(4月1日～翌年3月31日)1人1回限りです。

※任意継続被保険者及び申請時に退職が決まっている方は下記に振込先をご記入ください。

(退職予定日：令和　　年　　月　　日)

振込先	銀行名 (コード)	本・支店名 (コード)
	()	()
	口座の種類・番号	口座名義 (漢字・カナ)
	普・当	

問合せ先・送付先 クラシエ健康保険組合 〒541-0053 大阪市中央区本町2-1-6 堺筋本町センタービル2階 06-4705-9061

☆下の欄は提出不要です。健診機関との検査項目の確認の際にご使用ください。

●必須検査項目

※各必須検査項目に不備があると補助金支給対象になりませんのでご注意ください。

必須検査項目	
特定健診	<ul style="list-style-type: none">・既往歴の調査(服薬歴・喫煙習慣を含む)・自覚症状および他覚症状の検査・身体計測(身長・体重・BMI・腹囲)・血圧(収縮期血圧・拡張期血圧)・血中脂質(中性脂肪・HDL-コレステロール・LDL-コレステロール)・肝機能(AST・ALT・γ-GT)・血糖(空腹時あるいは食後3.5時間以上、またはヘモグロビンA1c)・尿(糖・蛋白) 詳細項目(医師が必要と判断した場合)・貧血(赤血球数・血色素量・ヘマトクリット)・心電図・眼底・血清クレアチニン
生活習慣病健診	特定健診項目(詳細項目も含む)に加え、下記項目含む 腎機能(尿素窒素・eGFR)、尿酸、血球(白血球数)、心電図、胸部X線、視力、聴力 (胃部X線、腹部超音波は含まれていることが望ましい)
人間ドック	生活習慣病健診項目に加え、下記項目含む 眼底検査(両眼)、眼圧(両眼) 肺機能、胃部X線(直接(デジタル)撮影または内視鏡に限る) 腹部超音波検査(肝臓・胆嚢・腎臓・脾臓・脾臓) 肝機能(CH-E・ALP・LDH・LAP・A/G・総たんぱく・アルブミン) 尿(潜血) 電解質(ナトリウム・カリウム) 膵機能(血清アミラーゼ) 脂質(総コレステロール) 血糖(空腹時あるいは食後3.5時間以上、およびヘモグロビンA1c) 炎症・血清反応(CRP・RF)、便潜血(2日法)