

人間ドック・婦人科がん検診 個人での受診および補助金申請方法

(任意継続被保険者用)※

※退職後に希望して健康保険組合に加入している本人

■人間ドック

対 象 者	40 歳以上の任意継続被保険者のうち希望者(40 歳に達する年度から利用できます。)		
受診回数	1 年間(4 月 1 日～翌年 3 月 31 日)のうち 1 回		
費用負担	受診費用	個人負担	健保負担
	50,000 円以下の場合	25,000 円	残りの金額
	50,000 円を超える場合	個人負担 25,000 円+50,000 円を超えた金額	25,000 円
	特定健診を含む人間ドックを受診したとき、受診費用について補助いたします。詳しくは申請書の検査項目についてを、ご確認ください。 (費用補助の対象は、ひとつの医療機関での受診に限ります。)		
受診方法	原則として個人受診となります。受診されたい健診機関等に検査項目、受診費用等をご確認のうえ、ご自身で予約してください。(健診機関等の指定はありません。当健康保健組合への事前申請などは必要ありません。)		
注意事項	・保険証を使わず、窓口で全額を支払い、領収書を受け取ってください。(在職中に事業所で予約した人間ドックを受診する場合でも、窓口で全額を支払い、領収書を受け取ってください。)領収書は受診者本人名で発行してもらってください。(保険診療の場合、補助の対象にはなりません。) ・レディースドック等、人間ドック料金に婦人科がん検診料金が含まれ、領収書に人間ドックと婦人科がん検診の内訳の記載がない場合は、人間ドックのみの受診として補助金の精算を行います。 ・領収書には、人間ドック料金と特定健康診査基本項目の費用内訳を記載してもらうよう健診機関へ依頼してください。 ・特定健康診査受診券は使用できませんので健診機関等へ提出しないでください。 ・補助金の申請には、結果報告書の提出が必要になります。結果報告書を提出いただけない場合は、費用補助は受けられません。 ・健診結果のデータファイルは、高齢者の医療の確保に関する法律に基づき、国への実施結果報告として匿名化され、部分的に提出されますので、ご了承のうえ、受診願います。		
申請書類	①人間ドック・婦人科がん検診補助金申請書 (受診年度用を使用:申請書は毎年更新) ②領収書(原本) ③結果報告書全ページ(コピー可) ※申請書類一式をホッチキスでとめてください。 ※申請書類が揃っていない場合、補助の対象とならない場合がありますのでご注意ください。		
提出先	YKK健康保険組合(〒938-8601 富山県黒部市吉田 200)		
その他	毎月10日までにお送りいただいた分を、月末に被保険者の保険料引き落とし口座に振り込みいたします。 ※申請書締切日(前年度受診分まで申請できます。) (例)2024 年度受診分(2024 年 4 月 1 日～2025 年 3 月 31 日受診分)は、2026 年 4 月 10 日まで申請できます。それ以降に届いた分は申請できませんのでご注意ください。		

人間ドック・婦人科がん検診 個人での受診および補助金申請方法

(任意継続被保険者用)※

※退職後に希望して健康保険組合に加入している本人

■婦人科がん検診

対 象 者	任意継続被保険者のうち希望者(年齢制限はありません。)		
受診回数	1年間(4月1日～翌年3月31日)のうち1回		
費用負担	受診項目	健保負担	個人負担
	子宮がん検診	6,000 円まで	上限(6,000 円)を超えた金額
	乳がん検診	7,000 円まで	上限(7,000 円)を超えた金額
	子宮がん検診と乳がん検診をセットで受診されて、領収書に内訳の記載がない場合は、13,000 円まで補助します。(上限を超えた金額は個人負担となります。)		
受診方法	原則として個人受診となります。受診されたい健診機関等に検査項目、受診費用等をご確認のうえ、ご自身で予約してください。(健診機関等の指定はありません。当健康保健組合への事前申請などはありません。)		
注意事項	・保険証を使わず、窓口で全額を支払い、領収書を受け取ってください。領収書は受診者本人名で発行してもらってください。(保険診療の場合、補助の対象にはなりません。) ・レディースドック等、人間ドック料金に婦人科がん検診料金が含まれ、領収書に人間ドックと婦人科がん検診の内訳の記載がない場合は、人間ドックのみの受診として補助金の精算を行います。 ・人間ドックの費用補助は、40歳以上の方(年度内に40歳に達する方も含む)のみ対象となります。 ・次の検査項目を含むがん検診の費用について補助します。 - 子宮がん検診: 原則として、子宮頸部細胞診検査を含む検診 - 乳がん検診: 原則として、乳房エックス線検査(マンモグラフィ)・超音波検査を含む検診 ・市区町村が実施している婦人科がん検診を受診し個人負担が発生した場合でも申請できます。 ・市区町村の集団検診で領収書に受診者名の記載がない場合は、追記を依頼してください。		
申請書類	①人間ドック・婦人科がん検診補助金申請書 (受診年度用を使用:申請書は毎年更新) ②領収書(原本)※子宮がん検診・乳がん検診の記載が無い場合は、検査項目が記載されている診療明細書も添付。 ③結果報告書(コピー可)※健診機関で結果報告が書面でなく口頭で説明を受けた方は、補助金申請書の余白にその旨を記入してください。(記入例)「婦人科がん検診結果、口頭説明にて異常なし」 ※申請書等一式をホッチキスでとめてください。 ※申請書類が揃っていない場合、補助の対象とならない場合がありますのでご注意ください。		
提出先	YKK健康保険組合(〒938-8601 富山県黒部市吉田 200)		
その他	毎月10日までに送りいただいた分を、月末に被保険者の保険料引き落とし口座に振り込みいたします。 ※申請書締切日(前年度受診分まで申請できます。) (例)2024 年度受診分(2024 年 4 月 1 日～2025 年 3 月 31 日受診分)は、2026 年 4 月 10 日まで申請できます。それ以降に届いた分は申請できませんのでご注意ください。		

申請書類一式をホッチキスでとめてください。

消えるペン（シャープペンシル、フリクションインクペンなど）で記入しないでください。

《提出先およびお問合せ先》 YKK健康保険組合 〒938-8601 富山県黒部市吉田200

TEL: (外線) 0765-54-8650

FAX: (外線) 0765-57-0326

ホームページアドレス: <https://www.kenpo.gr.jp/ykk/>

人間ドック・婦人科がん検診補助金申請書

(任意継続被保険者個人用) ※退職後に希望して健康保険組合に加入している本人

私は記入した個人情報（人間ドック等結果報告書含む）を、特定保健指導とがん検診の結果に基づく受診勧奨事業に利用することに同意して申請します。

提出日: 年 月 日

※受診日時点の記号・番号を記入してください。		受診者氏名		印 自署でない場合は必ず押印してください
被保険者証の記号	番号（枝番記入不要）			
生年月日	西暦 年 月 日	電話番号		
検診種目 (申請する種目に✓を つけてください)	人間ドック	西暦 年 月 日	健診機関名	
	子宮がん	西暦 年 月 日		
	乳がん	西暦 年 月 日		

チェックリスト

申請書を提出する前に必ずご確認ください。（すべての項目が「はい」になっていなければ健保組合からの補助が受けられない場合があります）

◆申請書類について

確認項目	回答	
・受診日時点の記号・番号を記入しましたか。	はい	いいえ
・領収書の宛名は、受診者本人名ですか。	はい	いいえ
・婦人科受診の場合、領収書に子宮がん検診・乳がん検診の記載がありますか。 (婦人科を受診した女性のみ回答) ※ない場合は、検査項目が記載されている診療明細書も添付	はい	いいえ
・保険証を使わず、窓口で全額支払いした申請ですか。	はい	いいえ
・申請書類は揃っていますか。(申請書、領収書原本、結果報告書全ページ)	はい	いいえ
・申請書の提出先は確認しましたか。(申請書上参照。)	はい	いいえ
・人間ドック受診の方は、裏面の「特定健康診査 質問票」に全て回答済みですか。	はい	いいえ

◆検査項目について（次の検査項目を受診していますか）（婦人科がん検診のみ申請の方は記入不要）

特定健康診査検査項目			回答	
1	身体測定	身長	はい	いいえ
		体重	はい	いいえ
		BMI	はい	いいえ
		腹囲	はい	いいえ
2	血圧測定		はい	いいえ
3	理学的検査（身体診察）		はい	いいえ
4	尿検査 ※実施できない場合は省略可	糖・蛋白	はい	いいえ
5	脂質	中性脂肪	はい	いいえ
		HDLコレステロール	はい	いいえ
		LDLコレステロール	はい	いいえ
6	肝機能	GOT (AST)	はい	いいえ
		GPT (ALT)	はい	いいえ
		γ-GTP	はい	いいえ
7	血糖	空腹時血糖またはHbA1c	はい	いいえ

裏面も必ずご記入ください（婦人科がん検診のみ申請の方は裏面の記入不要）

特定健康診査 質問票（婦人科がん検診のみ申請の方は記入不要）

記号	番号	受診者氏名

◆1 から 22 までの各質問項目について、あてはまる回答 1 つに○印をつけてください。

質問項目		回答
1-3	現在、a から c の薬の使用の有無 ※医師の診断・治療のもとで服用中のものを指す。	
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（人工透析など）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ますか。 ※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、条件 1 と条件 2 を両方満たす者である。 条件 1：最近 1 ヶ月間吸っている 条件 2：生涯で 6 ヶ月間以上吸っている、又は合計 100 本以上吸っている	1. はい（条件 1 と条件 2 を両方満たす） 2. 以前は吸っていたが最近 1 ヶ月間は吸っていない（条件 2 のみ満たす） 3. いいえ（①②以外）
9	20 歳の時の体重から 10 kg 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 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 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 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 3. ほとんど摂取しない
17	朝食を抜くことが週に 3 回以上ある。	1. はい 2. いいえ
18	お酒（日本酒、焼酎、ビール、洋酒など）を飲む頻度はどのくらいですか。 ※「やめた」とは、過去に月 1 回以上の習慣的な飲酒歴があった者のうち、最近 1 年以上酒類を摂取していない者である。	1. 毎日 2. 週 5～6 日 3. 週 3～4 日 4. 週 1～2 日 5. 月に 1～3 日 6. 月に 1 日未満 7. やめた 8. 飲まない（飲めない）
19	飲酒日の 1 日当たりの飲酒量 日本酒 1 合（アルコール度数 15 度・180ml）の目安：ビール（同 5 度・500ml）、焼酎（同 25 度・約 110ml）、ワイン（同 14 度・約 180ml）、ウイスキー（同 43 度・60ml）、缶チューハイ（同 5 度・約 500ml、同 7 度・約 350ml）	1. 1 合未満 2. 1～2 合未満 3. 2～3 合未満 4. 3～5 合未満 5. 5 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いますか。	1. 改善するつもりはない 2. 改善するつもりである（概ね 6 ヶ月以内） 3. 近いうちに（概ね 1 ヶ月以内）改善するつもりであり、少しずつ始めている 4. 既に改善に取り組んでいる（6 ヶ月未満） 5. 既に改善に取り組んでいる（6 ヶ月以上）
22	生活習慣病の改善について、これまでに特定保健指導を受けたことがありますか。	1. はい 2. いいえ

※記入もれがないかご確認ください。

お問合せ先	YKK健康保険組合 〒938-8601 富山県黒部市吉田200 TEL: (外線)0765-54-8650 FAX: (外線)0765-57-0326 ホームページアドレス: https://www.kenpo.gr.jp/ykk/
-------	---

任本