

受付印

〒1130 健康保険組合 行き

各種健診補助金支給申請書

*申請書をご記入の際は必ず裏面をお読みいただき、提出時には領収書・結果表を添付してください。

20 年 月 日申請

申請者 (被保険者) が記入 するところ	健康保険証	記 号	番 号	被 保 険 者 氏 名	
	会 社 名			社内メールNo.	〒
	従 業 員 番 号			内 線 TEL	-
	所 属				
	受 診 者 氏 名			受診者生年月日	年 月 日
	健 診 の 種 類 (該当する項目に☑)	☐ 人間ドック (20 歳以上) ☐ 大腸がん (40 歳以上) ☐ 脳ドック (40 歳以上) ☐ 肺がん検診 (50 歳以上) ☐ 乳がん検診 (25 歳以上) ☐ 歯科健診 ☐ 胃がん検診 (50 歳以上) ☐ 子宮頸がん検診 (20 歳以上)			
	受 診 医 療 機 関			受診日	年 月 日
	補 助 金 振 込 先 (健保登録口座) (※)	金 融 機 関 名			支 店 名
		銀行・信金 信組・農協			支店
		種類	口座番号	被保険者の口座名義 (カナ)	
普通					

(※)健保登録口座のある事業所は、健保登録口座に補助金を支給します。

健保登録口座のある事業所 http://www.denso-kenpo.or.jp/benefit_index/sick_list

ゆうちょ銀行への振込を希望される場合は通帳の表紙と表紙裏のコピーを添付してください。

室長	GL	係 員

支払日 年 月 日

健 保 使 用 欄	健診の種類と領収書金額	領収書金額	健保支給額
	人・肺・胃・大腸・乳・子宮・脳・歯	円	円
	人・肺・胃・大腸・乳・子宮・脳・歯	円	円
	人・肺・胃・大腸・乳・子宮・脳・歯	円	円
	合計		円

20254改

裏面あり

○対象者

デンソー健康保険組合の被保険者及び被扶養者（デンソー健康保険組合加入者）

○補助金支給要件等

下記健診を、保険診療外で受診された場合が対象。保険証を使用して診察を受けた場合は、診療のための検査になり、「保険診療」となります。自己負担（3割）分は、健診補助金の支給対象外になります。

健診の種類		対象年齢 （※1）	支給要件	補助額上限 （税込み）	補助回数 上限
人間ドック		20 歳以上	契約医療機関以外で人間ドックを受診 （会社定期健診の代用として受診した場合は対象外）	17,850 円 （※2）	1 回/年度
脳ドック		40 歳以上	契約医療機関以外で、MR I・MR Aを受診	18,000 円	1 回/年度
がん 検診 （※4）	肺がん検診	50 歳以上	①胸部C T検査を含む肺がん検診 ②他の健診に追加して受診した胸部C T検査	7,000 円	1 回/年度
	胃がん検診	50 歳以上	胃部 X 線検査または胃内視鏡検査	7,000 円	隔年
	大腸がん検診	40 歳以上	便潜血検査（2 日法）	1,400 円	1 回/年度
	乳がん検診	25 歳以上	乳腺超音波検査または無痛 MRI（トワイブスサーチ）	5,500 円	1 回/年度
		40 歳以上	マンモグラフィー検査		
	子宮頸がん検診	20 歳以上	子宮頸部細胞診検査（医師採取）	5,500 円	1 回/年度
歯科健診		制限なし	歯科医師会との契約がない地域（※3）で受診 〈内容〉口腔診査（必須）、口腔衛生指導、フッ 素塗布（15 歳以下） ※人間ドックなどセットの健診では、歯科健診 料金が明確になっている場合に支給	4,000 円/回	1 回/年度

- （※1）補助対象年齢の起算日は年度末になります。
- （※2）胃がん検診、大腸がん検診費用は人間ドック補助額に含まれます。
乳がん検査（乳腺超音波検査、またはマンモグラフィー検査）および子宮頸がん検査を追加した場合はそれぞれ 2,100 円を上限に補助額を追加します。
- （※3）岩手県、静岡県、愛知県、岐阜県、三重県、神戸市、福岡県以外の地域

○申請方法

「各種健診補助金支給申請書」を添付書類とともに健康保険組合まで提出してください。
〈添付書類〉 ①健診機関で受け取った領収書原紙（コピー不可）
※受診者名、受診日、医療機関名、受診項目、受診項目ごとの金額が記載されているもの
②健診結果表のコピー
※歯科健診は、別紙デンソー健康保険組合歯科健診票、または、受診歯科医院発行の結果表（受診者名、受診日、歯・歯肉の状態、治療・精密検査の必要有無が記載）のコピーを添付
※結果は判定だけではなく、検査数値や各検査の所見が分かるものを送付してください。
③問診票（人間ドック受診者のみ）

○申請納期

受診された月の翌々月 10 日までに申請してください。

○支払時期・支払方法

毎月 10 日までに申請があった分については、当月の 27 日に健保登録口座（登録がない場合は、被保険者のご指定口座）にお振込み致します。

以上

★人間ドックを受診された方は、問診票も一緒に送付してください。

★社員の方は、次の内容に間違いなければ☑をご記入ください。

☐今回受診した人間ドックは定期健診の代替ではないため、結果を会社に提出しません。

記号：

番号：

氏名

問診票

項 目	回 答	選 択 肢
血圧を下げる薬		1=はい 2=いいえ
血糖を下げる薬、またはインスリン注射		1=はい 2=いいえ
コレステロールや中性脂肪を下げる薬		1=はい 2=いいえ
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
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
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（人工透析等）を受けていますか		1=はい 2=いいえ
医師から貧血といわれたことがありますか		1=はい 2=いいえ
その他の既往歴		1=あり ⇒ありの場合の具体的内容() 2=なし
自覚症状		1=あり ⇒ありの場合の具体的内容() 2=なし
習慣的な喫煙 条件①最近 1 か月吸っている 条件②生涯で 6 か月以上吸っている、 または合計 100 本以上吸っている。		1=吸っている（条件①と②を両方満たす） 2=以前は吸っていたが、最近 1 か月は吸っていない(条件②のみ満たす) 3=吸っていない（上記 1、2 以外）
20 歳の時の体重から 10kg 以上増加していますか		1=はい 2=いいえ
1 回 30 分以上の軽く汗をかく運動を週 2 日以上、 1 年以上実施していますか		1=はい 2=いいえ
日常生活において歩行又は同等の身体活動を 1 日 1 時間以上実施していますか		1=はい 2=いいえ
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
食事をかんで食べるときの状態は 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
人と比較して食べる速度が速い		1=速い 2=ふつう 3=遅い
就寝前の 2 時間以内に夕食をとることが 週に 3 回以上ありますか		1=はい 2=いいえ
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=毎日ある 2=時々ある 3=ほとんどない
朝食を抜くことが週に 3 回以上ありますか		1=はい 2=いいえ
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		1= 毎日飲む 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）
飲酒日の 1 日当たりの飲酒量はどのくらいですか		1= 1 合未満 2= 1～2 合未満 3= 2～3 合未満 4= 3～5 合以上 5= 5 合以上 日本酒 1 合=ビール 500ml =焼酎 35 度 80ml =ワイン 2 杯(240ml) =ウイスキーダブル 1 杯(60ml) =缶チューハイ(5 度・約 500ml 7 度・約 350ml)
睡眠で休養が十分とれていますか		1=はい 2=いいえ
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= 6 か月以内に改善するつもりである 3= 1 か月以内に改善するつもりで少しずつ始めている 4= 既に改善に取り組み済み（6 か月未満） 5= 既に改善に取り組み済み（6 か月以上）
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

デンソー健康保険組合歯科健康診査票

(太枠部分は受診者をご記入ください)

健診実施日：西暦 年 月 日

受診者名		健康保険証 記号		健康保険証 番号	
------	--	-------------	--	-------------	--

I. 問 診（下記の質問にお答えください） 下記右枠へ数字を記入してください

① 最近 1 年以内に歯科健診・歯科治療を受けたことがありますか	1. はい 2. いいえ →	
② 定期的に歯科健診を受けていますか	1. はい 2. いいえ →	
③ 歯がぐらついたり、歯肉から血や膿が出ることがありますか	1. はい 2. いいえ →	
④ 歯磨きは 1 日に 2 回以上しますか	1. はい 2. いいえ →	
⑤ 歯間ブラシ・フロス等を利用しますか	1. はい 2. いいえ →	
⑥ 喫煙の習慣はありますか	1. はい 2. いいえ →	
⑦ 全身の状態でご当てはまるものをお答えください（複数回答可） 1. 異常なし 2. 糖尿病 3. 脳血管障害 4. 心疾患 5. 肥満症 6. その他	1・2・3・4・5・6	
⑧ その他、気になることがあればご記入ください（ ）		

II. 歯と歯肉の状態

7or6			歯肉出血BOP					1			歯肉出血BOP					6or7			歯肉出血BOP				
7or6			歯周ポケットPD					1			歯周ポケットPD					6or7			歯周ポケットPD				
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8								
			E	D	C	B	A	A	B	C	D	E											
			E	D	C	B	A	A	B	C	D	E											
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8								
7or6			歯肉出血BOP					1			歯肉出血BOP					6or7			歯肉出血BOP				
7or6			歯周ポケットPD					1			歯周ポケットPD					6or7			歯周ポケットPD				

／：健全歯
C：未処置歯
○：処置歯
△：要補綴歯
：欠損補綴歯
×：補綴不要歯（喪失歯に含まない）
E：酸蝕症（疑い）

BOP 0：出血無し 1：出血あり
9：測定不能
×：対象の歯がない

PD 0：健全 1：浅いポケット
2：深いポケット
9：測定不能×：対象の歯がない

①健全歯 (／)	②未処置歯 (C)	③処置歯 (○)	現在歯 ① + ② + ③	要補綴歯 (△)	欠損補綴歯 (△)

※受診者が15歳以下は記入不要

CPI 最大値※	歯肉出血BOP	
	歯周ポケットPD	

口腔清掃状態	1. 良好 2. 普通 3. 不良	左の数字に○をつけてください。
歯石の付着	1. なし 2. 軽度（点状）あり 3. 中等度（帯状）以上あり	
その他の 所見	歯列咬合 1. 所見なし 2. 所見あり（ ）	
	顎関節 1. 所見なし 2. 所見あり（ ）	
	粘膜 1. 所見なし 2. 所見あり（ ）	
	その他 1. 所見なし 2. 所見あり（ ）	

III. 総合判定

1. 異常なし	2. 要指導	3. 要精密検査	左の数字に○をつけてください。
CPI:歯肉出血0かつ歯周ポケット0	CPI:歯肉出血0かつ歯周ポケット0 口腔清掃状態：不良 歯石の付着あり（軽度、中等度以上） 生活習慣や基礎疾患 歯科の受診状況：指導を要する	CPI：歯周ポケット1または2 未処置歯あり 要補綴歯あり 生活習慣や基礎疾患等さらに詳しい検査や治療を要する その他の所見あり（詳しい検査や治療を要する場合）	

健診実施 歯科医院 名称・住所	
-----------------------	--