

組 合 員 各 位

奈 良 県 歯 科 医 師 国 民 健 康 保 険 組 合  
理 事 長 仲 秀 俱

## 令 和 2 年 度 特 定 健 康 診 査 に つ い て (お 知 ら せ)

40才以上の方を対象とした特定健康診査について、今年度も9月から12月にかけて実施する予定でしたが、新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止の観点から、今回は例年のような申込方法ではなく下記2通りの方法で実施することになりました。



申請により、おひとりにつき年度内1回、上限20,000円の補助をいたします。  
2回の申請期限を設けていますので、各回診療所単位でまとめて申請していただき、第1種組合員のご指定口座に送金させていただきます。

なお、特定健診につきましては、必ず健診結果のご提出をお願いいたします。(保健指導対象者抽出及び国への報告のため)

### [対象者]

40才以上の被保険者(令和2年度中に40才を超えている方が対象)

(令和2年度中に39才に達する方までは一般健康診査の対象となります。)

※健診日に奈歯国保に加入していること。

### [補助金額]

おひとりにつき年度内1回、上限20,000円(上限に満たない場合は実額)

### [対象期間]

令和2年7月から令和3年3月受診分

### [申請に必要な書類]

①健康診断補助金支給申請書 ②領収書(健康診断とわかるもの) ③健康診断結果表(写)  
(申請書は10名まで記入できますが、足りない場合はコピーしてご使用ください。)

### [申請期限]

第1回申請期限(7月~12月受診分)・・・令和3年1月15日(金)

第2回申請期限(12月~3月受診分)・・・令和3年4月9日(金)

※1回目に間に合わなかった分は2回目に申請していただいで結構です。

### [健診項目] 必須項目:問診・診察、血圧、尿検査、身長/体重、腹囲、採血<AST(GOT)

ALT(GPT)・γ-GTP・LDL-コレステロール・中性脂肪・HDL-コレステロール・血糖・HbA1c>

※健診機関の指定はありません。

(参考)奈歯国保特定健診検査項目:問診・診察、血圧、尿検査、身長/体重、視力、心電図、腹囲、胸部X線(直接)、胃部X線(間接)、眼底検査、便潜血反応検査(2日法)、採血<AST(GOT)・ALT(GPT)・γ-GTP・LDL-コレステロール・中性脂肪・HDL-コレステロール・クレアチニン・e-GFR・血糖・HbA1c・末梢血液一般検査・ALP・CHE・CRP(定量)・LDH・Na/Cl・カリウム・尿酸・尿素窒素・RF・HBs 抗原・HBs 抗体・HCV 抗体>

※39才以下の方対象の一般健康診査については令和2年5月19日付け奈歯国発第31号文書にて案内のとおり健診料の補助を行うこととなりましたので、ご確認のほどお願いいたします。

|     |      |      |      |     |    |    |    |
|-----|------|------|------|-----|----|----|----|
| 理事長 | 副理事長 | 専務理事 | 常務理事 | 事務長 | 課長 | 係長 | 係員 |
|     |      |      |      |     |    |    |    |

## 特定健康診査補助金支給申請書 (40才以上対象)

| 被保険者証<br>記号・番号                | 受診者氏名 | 生年月日     | 年齢 | 健診日      | 健診費用 |
|-------------------------------|-------|----------|----|----------|------|
| 奈組 1.                         |       | 昭和 年 月 日 |    | 令和 年 月 日 | 円    |
| 奈組 1.                         |       | 昭和 年 月 日 |    | 令和 年 月 日 | 円    |
| 奈組 1.                         |       | 昭和 年 月 日 |    | 令和 年 月 日 | 円    |
| 奈組 1.                         |       | 昭和 年 月 日 |    | 令和 年 月 日 | 円    |
| 奈組 1.                         |       | 昭和 年 月 日 |    | 令和 年 月 日 | 円    |
| 奈組 1.                         |       | 昭和 年 月 日 |    | 令和 年 月 日 | 円    |
| 奈組 1.                         |       | 昭和 年 月 日 |    | 令和 年 月 日 | 円    |
| 奈組 1.                         |       | 昭和 年 月 日 |    | 令和 年 月 日 | 円    |
| 奈組 1.                         |       | 昭和 年 月 日 |    | 令和 年 月 日 | 円    |
| 奈組 1.                         |       | 昭和 年 月 日 |    | 令和 年 月 日 | 円    |
| ※組合補助額 (1人あたり上限 20,000 円×人数分) |       |          |    | 円        |      |

| 振<br>込<br>先 | 金融機関名  | 銀行        |      | 支店 |  |  |  |
|-------------|--------|-----------|------|----|--|--|--|
|             | 預金種別   | 普通・当座・その他 | 口座番号 |    |  |  |  |
|             | <フリガナ> |           |      |    |  |  |  |
|             | 口座名義   |           |      |    |  |  |  |

上記のとおり、領収書(健康診断とわかるもの)と健康診断結果表(写)を添えて申請します。

令和 年 月 日

第1種組合員 診療所住所 \_\_\_\_\_  
 診療所名 \_\_\_\_\_  
 氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

※令和2年度中に40才を超えている被保険者の方が対象となります。  
 ※お1人につき年度内1回、上限20,000円の補助となります(20,000円未満の場合は実額)  
 ※第1回申請期限(7月～12月受診分)・・・令和3年1月15日(金)  
 第2回申請期限(12月～3月受診分)・・・令和3年4月9日(金)  
 各回診療所単位でまとめて申請してください(10名以上の場合はコピーしてご使用ください。)  
 1回目に間に合わなかった分は2回目に申請していただいで結構です。

奈良県歯科医師国民健康保険組合 理事長 殿

|       |  |       |  |
|-------|--|-------|--|
| 受 付 日 |  | 支給年月日 |  |
|-------|--|-------|--|