

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 3 年 度 「一 般 健 康 診 査」 及 び 「特 定 健 康 診 査」 健 診 料 の 補 助 に つ い て

3 9 才 以 下 の 方 を 対 象 と し た 一 般 健 康 診 査 お よ び 4 0 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 個 々 で 健 診 を 受 け た 方 に 対 し、下 記 に て 健 診 費 用 の 一 部 を 補 助 い た し ま す。

別 添 申 請 書 に て 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。

記

[対 象 期 間] ※ 一 般 健 康 診 査 ・ 特 定 健 康 診 査 共 通
令 和 3 年 4 月 か ら 令 和 4 年 3 月 受 診 分

[申 請 期 限] ※ 一 般 健 康 診 査 ・ 特 定 健 康 診 査 共 通
令 和 4 年 4 月 8 日 (金)迄
診 療 所 単 位 で ま と め て 申 請 し て く だ さ い。

○ 一 般 健 康 診 査 (人 間 ド ッ ク 含 む)

[対 象 者] ※ 健 診 日 に 奈 齒 国 保 に 加 入 し て い る こ と。

3 9 才 以 下 の 被 保 険 者 (令 和 3 年 度 中 に 3 9 才 に 達 す る 方 ま で が 対 象)

[補 助 金 額]

お ひと り に つ き 年 度 内 1 回、**上 限 6, 000 円** (上 限 に 満 た な い 場 合 は 実 額)、**保 険 診 療 は 対 象 外** で す。

[申 請 に 必 要 な 書 類]

① 一 般 健 康 診 査 補 助 金 支 給 申 請 書 ② 領 収 書 (原 本)

(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)

[検 査 項 目] ※ 健 診 機 関 ・ 検 査 項 目 の 指 定 は あ り ま せ ん が、下 記 項 目 を 出 来 る だ け 受 け て 下 さ い。

(参 考) 奈 齒 国 保 一 般 健 診 検 査 項 目 : 血 圧 測 定、胸 部 X 線 (直 接)、尿 検 査 ・ 血 液 検 査 < AST (GOT) ・ ALT (GPT) ・ γ-GTP ・
HDL-コ レ ス テ ロール ・ LDL-コ レ ス テ ロール ・ 中 性 脂 肪 方 ・ 空 腹 時 血 糖 ・ 末 梢 血 液 一 般 ・ HBs 抗 原 ・ HBs 抗 体 ・ HCV 抗 体 >

○ 特 定 健 康 診 査 (人 間 ド ッ ク 含 む)

[対 象 者] ※ 健 診 日 に 奈 齒 国 保 に 加 入 し て い る こ と。

4 0 才 以 上 の 被 保 険 者 (令 和 3 年 度 中 に 4 0 才 を 超 え て い る 方 が 対 象)

[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)、**保 険 診 療 は 対 象 外** で す。

[申 請 に 必 要 な 書 類]

① 特 定 健 康 診 査 補 助 金 支 給 申 請 書 ② 領 収 書 (原 本) 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)

[検 査 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 方 ・ 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 齒 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 方 ・ HDL-コ レ ス テ ロール ・ ク リ 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 >

理事長	副理事長	専務理事	常務理事	事務長	課長	係長	係員

一般健康診査補助金支給申請書 (39才以下対象)

被保険者証 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 平成 年 月 日		令和 年 月 日	円
奈組 1.		昭和 平成 年 月 日		令和 年 月 日	円
奈組 1.		昭和 平成 年 月 日		令和 年 月 日	円
奈組 1.		昭和 平成 年 月 日		令和 年 月 日	円
奈組 1.		昭和 平成 年 月 日		令和 年 月 日	円
奈組 1.		昭和 平成 年 月 日		令和 年 月 日	円
奈組 1.		昭和 平成 年 月 日		令和 年 月 日	円
奈組 1.		昭和 平成 年 月 日		令和 年 月 日	円
奈組 1.		昭和 平成 年 月 日		令和 年 月 日	円
奈組 1.		昭和 平成 年 月 日		令和 年 月 日	円
※組合補助額 (1人あたり 上限 6,000 円 × 人数分)				円	

(第1種組合員) 振込先	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(原本)**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3年度中に39才に達する被保険者の方まで対象となります。保険診療は対象外です。

※お1人につき年度内1回、上限6,000円の補助となります(6,000円未満の場合は実額)。

※人間ドックも補助の対象となります。(がん検診補助との併用不可)

※申請期限：令和4年4月8日(金)迄

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)。

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	
-----	--	-------	--

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 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	

(第1種組合員) 振込先	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(原本)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3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。保険診療は対象外です。

※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)。

※人間ドックも補助の対象となります。(がん検診補助との併用不可)

※申請期限：令和4年4月8日(金)迄

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)。

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	
-----	--	-------	--