

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5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

39才以下の方を対象とした一般健康診査および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5年4月から令和6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6年4月5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] ※健診日に奈歯国保に加入していること。

39才以下の被保険者(令和5年度中に39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10,000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、健康診断とわかるもの)
(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。

(参考) 奈歯国保一般健診検査項目: 診察・問診、身体計測、腹囲、視力検査、血圧、胸部X線、尿検査、心電図、聴力検査(ヘジオメーター)、血液検査(AST、ALT、 γ -GTP、LDL-コレステロール、中性脂肪、HDL-コレステロール、血糖(空腹時)、HbA1c、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] ※健診日に奈歯国保に加入していること。

40才以上の被保険者(令和5年度中に40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、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)

[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・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: 診察・問診、身体計測、BMI測定、腹囲、視力検査、血圧、胸部X線、胃部X線(間接)、尿検査、便潜血反応検査(2日法)、心電図、眼底検査、聴力検査(ヘジオメーター)、血液検査(AST、ALT、 γ -GTP、LDL-コレステロール、中性脂肪、HDL-コレステロール、アルブミン、eGFR、血糖(空腹時)、HbA1c、末梢血液一般、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 10,000 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、健康診断とわかるもの)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5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10,000円の補助となります(10,000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6年4月5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、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5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6年4月5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	
-----	--	-------	--