

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 一 般 健 康 診 査 中 止 の お 知 ら せ 及 び 一 般 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について、今年度も7月から8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、集団形式での実施は望ましくないと判断し、中止することといたします。

それに伴い、今年度は個々で健診を受けた方に対し、健診費用の一部を補助いたします。申請により、おひとりにつき年度内1回、上限6,000円の補助をいたします。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。

また、40才以上の方対象の特定健康診査の実施につきましても、状況を見ながら検討させていただきますので、決まり次第お知らせいたします。

記

[対象者]

39才以下の被保険者（令和2年度中に39才に達する方までが対象）
（令和2年度中に40才に達する方は秋に実施予定の特定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6,000円（上限に満たない場合は実額）

[対象期間]

令和2年6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）
（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]

令和3年4月10日

※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：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・空腹時血糖・末梢血液一般・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

健康診断補助金支給申請書 (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	

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(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)

※39才以下の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6,000円の補助となります(6,000円未満の場合は実額)
 ※診療所単位でまとめて年度内に申請してください(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	
-----	--	-------	--