

組 合 員 各 位

奈 良 県 歯 科 医 師 国 民 健 康 保 険 組 合
理 事 長 霜 田 吉 見

令 和 8 年 度 「一 般 健 康 診 査」 及 び 「特 定 健 康 診 査」 健 診 料 及 び 各 種 ワ ク チ ン 接 種 等 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8年4月から令和9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9年4月6日(火)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8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、受診者氏名、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(ホジメーター)、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8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、受診者氏名、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(ホジメーター)、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、クレアチン、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)

裏面に続く

【各種ワクチン接種・検診補助について】

下記ワクチン接種補助、がん検診補助も行っています。

該当の方は、申請に必要な書類をご確認のうえ申請ください。

各種申請書は、奈良県歯科医師国保組合 HP (<https://kokuho.nashikai.or.jp/>) に掲載しております。

○B型肝炎ワクチン接種補助

[対象者] ※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3回、半額補助。

[申請に必要な書類]

①B型肝炎補助金支給申請書 ②領収書 (原本、B型ワクチン接種とわかるもの)

○帯状疱疹ワクチン接種補助

[対象者] ※健診日に奈歯国保に加入していること。

※ワクチン接種時 50歳以上

[補助金額]

おひとりにつき年度内1回、上限2,000円。

[申請に必要な書類]

①帯状疱疹ワクチン接種補助金支給申請書

②領収書 (原本、帯状疱疹(水痘)ワクチン接種とわかるもの)

○がん検診補助

[対象者] ※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、1検診につき上限2,000円。保険診療は対象外です。

[申請に必要な書類]

①がん検診補助金支給申請書 ②領収書 (原本、がん検診(受診項目)とわかるもの)

理事長	副理事長	専務理事	常務理事	事務長	次長	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、受診者氏名、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8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9年4月6日(火)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	次長	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、受診者氏名、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8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9年4月6日(火)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	
-----	--	-------	--