

受診券を使わず・・・契約外の健診機関で事業所健診を委託される
法人事業主・個人事業主の皆様へ

事業所健診の結果票提供のお願い

**土建国保加入者 1人あたり3,000 円の
 提供料をお支払いします！**

受診券を使う従来の
 健診制度のほかに、
 新たな補助制度が
 できました。



① 健診機関へ事業所健診を委託するとき

《**特定健診**》の基本検査項目を必ず含むようお願いいたします。

※特定健診項目が1つでも不足しているときは、補助を受けられません。

特定健診検査項目 ※必須	
質問票	服薬歴、喫煙歴、既往歴等
身体計測	身長、体重、BMI、腹囲
血圧測定	収縮期、拡張期
理学的検査	身体観察(自覚症状、他覚症状)
尿検査	尿糖、尿蛋白
血液検査	・脂質検査(中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール) ・血糖検査(空腹時血糖またはHbA1c) ※食後10時間未満の場合はHbA1cの実施をお願いします。 ・肝機能検査(GOT、GPT、γ-GTP)

② 補助金を申請するとき

下記の書類を揃えて、所属の支部に提出してください。

- ① **事業所健診報告書兼補助金(提供料)申請書** ※右側の申請書をご使用ください。
- ② **健康診査受診券** ※受診した従業員全員分の保険証から切り離してください。
- ③ **健診結果票のコピー** ※受診した事業主・従業員全員分の健診結果票が必要です。
- ④ **問診票のコピー** ※ない場合は、①の申請書の「服薬歴」と「喫煙歴」に☑チェックしてください。

③ 注意事項

- ◎申請者は、原則として東京土建国保組合に加入している法人事業主または個人事業主の方となります。
- ◎補助の対象は、東京土建国保組合に加入している方(事業主や従業員など)となります。
 ただし、受診券が交付されていない18歳以下の家族は対象となりません。
- ◎受診券を利用して個人で健診を受診された方、または健診を予定されている方は対象外となります。
- ◎補助金の申請期限は、健診実施日の翌日から1年間です。



※支部の集団健診や国保組合の契約健診機関を利用をすれば、
 上記の手続きをしなくても、健診機関窓口で保険証と受診券を提示することで、
無料健診(労働安全衛生法の検査内容を含む)を年1回受診することができます。

支那担当国保担当	
----------	--

事業所健診報告書 兼 補助金(提供料)申請書

東京土建国保健康保険組合 理事長 殿

下記の通り、健康診査を実施いたしましたので、補助金を申請します。

年 月 日

事業所 所在地

名称

事業主名

⑨

記号91-() 番号()

健診実施年月日	年 月 日 ~ 年 月 日
受診者数	名
実施健診機関名	(市区町村)

必要添付書類

1. 受診券(保険証から切り離してください)
2. 健康診査結果票
3. 問診票

《注意事項》

1. 補助の対象は、東京土建国保組合の加入者のみとなります。ただし、18歳以下の家族やすでに受診券を利用して健診を受診された方は対象外です。
2. 特定健診基本項目を全て実施していないとお支払ができません。
3. 国保への申請期限は健診実施日の翌日より1年間となります。
4. 金額は一人につき3,000円です。

国保記入欄

① 一人あたりの補助金額	@3,000円
② 補助対象人数	名
③ 補助金額 ①×②	円

資格	給付	送付	通知	確認	入力

決裁	課長	係長

受診者名簿

No.	受診者		服薬歴		喫煙歴	
	記号	番号	なし	異常	はい	いいえ
1	91-		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質異常	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
2	91-		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質異常	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
3	91-		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質異常	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
4	91-		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質異常	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
5	91-		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質異常	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
6	91-		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質異常	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
7	91-		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質異常	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
8	91-		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質異常	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
9	91-		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質異常	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
10	91-		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質異常	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	

※受診者が11名以上の場合は、コピーをしてご使用ください。