

人間ドック補助金のご案内

令和6年5月

東京都薬剤師国民健康保険組合

被保険者（本人・家族）の健康管理の向上を図るため、人間ドックでの健診費用の一部（または全部）補助する事業を実施します。

実施内容は次のとおりです。

区 分	実 施 内 容														
受診対象者	令和6年4月1日現在、当組合に加入している被保険者(本人と家族)で、40歳から5歳刻みの年齢に該当し、かつ受診日現在、当組合に加入している方。(誕生日前でも受診できます) <table border="1"><tr><td>40歳</td><td>昭和59年4月1日～昭和60年3月31日生まれ</td></tr><tr><td>45歳</td><td>昭和54年4月1日～昭和55年3月31日生まれ</td></tr><tr><td>50歳</td><td>昭和49年4月1日～昭和50年3月31日生まれ</td></tr><tr><td>55歳</td><td>昭和44年4月1日～昭和45年3月31日生まれ</td></tr><tr><td>60歳</td><td>昭和39年4月1日～昭和40年3月31日生まれ</td></tr><tr><td>65歳</td><td>昭和34年4月1日～昭和35年3月31日生まれ</td></tr><tr><td>70歳</td><td>昭和29年4月1日～昭和30年3月31日生まれ</td></tr></table>	40歳	昭和59年4月1日～昭和60年3月31日生まれ	45歳	昭和54年4月1日～昭和55年3月31日生まれ	50歳	昭和49年4月1日～昭和50年3月31日生まれ	55歳	昭和44年4月1日～昭和45年3月31日生まれ	60歳	昭和39年4月1日～昭和40年3月31日生まれ	65歳	昭和34年4月1日～昭和35年3月31日生まれ	70歳	昭和29年4月1日～昭和30年3月31日生まれ
40歳	昭和59年4月1日～昭和60年3月31日生まれ														
45歳	昭和54年4月1日～昭和55年3月31日生まれ														
50歳	昭和49年4月1日～昭和50年3月31日生まれ														
55歳	昭和44年4月1日～昭和45年3月31日生まれ														
60歳	昭和39年4月1日～昭和40年3月31日生まれ														
65歳	昭和34年4月1日～昭和35年3月31日生まれ														
70歳	昭和29年4月1日～昭和30年3月31日生まれ														
受診期間	令和6年4月1日～令和7年3月31日														
受診医療機関	対象者が任意に選択した健診機関														
補助金額及び要件	人間ドックの健康診査の内容が <u>特定健診の必須項目(*1)</u> を満たしている場合は2万円を上限に、満たしていない場合は1万円を上限に補助します。 また、がん検診は、次の <u>種類と検査方法(*2)</u> であることが必要です。 ※ 国庫補助金の対象とするためにこのような制約が必要ですので、ご理解ください。														
(*1)特定健診の必須項目															
(*2)がん検診の種類と検査方法															
① 既往歴（服薬歴、喫煙習慣を含む）	胃がん1 胃内視鏡検査														
② 自覚症状（理学的所見）	胃がん2 胃部エックス線検査														
③ 身長・体重・腹囲・BMI	子宮頸がん 視診、子宮頸部の細胞診及び内診														
④ 血圧	肺がん1 胸部エックス線検査														
⑤ 肝機能 AST(GOT)、ALT(GPT)、 γ -GT(γ -GTP)	肺がん2 胸部エックス線検査及び 喀痰細胞診														
⑥ 脂質 空腹時中性脂肪(やむを得ない場合は随時中性脂肪)、HDLコレステロール、LDLコレステロール またはNon HDLコレステロール	乳がん 「乳房エックス線検査」もしくは 「視触診及び乳房エックス線検査」														
⑦ 血糖 空腹時血糖(やむを得ない場合は随時血糖) またはHbA1c	大腸がん 便潜血検査														
⑧ 尿糖・尿たんぱく															

区 分	実 施 内 容
提 出 書 類	① 人間ドック補助金申請書 ② 質問票（がん検診のみの補助に該当する方は不要です。） ③ 人間ドッグの結果（全て）の写し ④ 領収証（原本） ⑤ 料金の明細書（健診・検査内容とその内訳金額が分かるもの）
申 請 期 間	令和6年7月1日～令和7年4月30日
補助金の支払時期	令和7年8月頃
補助金の支払先	申請書に記載された口座
申請書の送付先	〒110-0013 東京都台東区入谷 1-6-6-207 東京都薬剤師国民健康保険組合
そ の 他	<p><次の方はがん検診分のみ補助の対象となります></p> <ul style="list-style-type: none"> ・当組合または自治体を実施している特定健診を受診された方。 ・事業者が実施する定期健康診断を受け、その健診結果を提供された方。 ・他の制度の補助を受けられた方。 <p><次の方はがん検診分の補助が対象外(全額自己負担)となります></p> <ul style="list-style-type: none"> ・組合が実施している簡易がん検診(郵送)と同じ種類の検診を受診された方 ・自治体で実施しているがん検診を受診された方 ・前頁に記載しているがん検診（種類・検査方法）以外の検査方法でがん検診を受診された方 ・治療の目的で受診された方

【領収書に関する注意点】

- * 領収書の氏名はフルネームをお願いします。
- * 但し書きは、「人間ドック代あるいは「がん検診代」と記載してください。
但し書きに記載がない場合は、補助の対象外となります。
- * **領収書（原本）の返却はいたしません。必要な方は事前にコピーをお取りください。**
(どうしても原本が必要な場合は、原本とコピーの両方をご送付ください。確認後返送いたします。)

「人間ドック等補助金申請書」と「質問票」は、組合ホームページからダウンロードできます。
「よくある質問」は、運用の変更等があった場合に随時変更しますので、組合ホームページでご確認ください。

お問合せ

東京都薬剤師国民健康保険組合 事務局
電話番号 03(3874)7411