

# 人間ドック補助金のご案内

令和5年5月

東京都薬剤師国民健康保険組合

健診補助事業の拡充を図るため、今年度より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5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、かつ受診日まで資格を有している方。 (誕生日前でも受診できます) <table border="1"><tr><td>40歳</td><td>昭和58年4月1日～昭和59年3月31日生まれ</td></tr><tr><td>45歳</td><td>昭和53年4月1日～昭和54年3月31日生まれ</td></tr><tr><td>50歳</td><td>昭和48年4月1日～昭和49年3月31日生まれ</td></tr><tr><td>55歳</td><td>昭和43年4月1日～昭和44年3月31日生まれ</td></tr><tr><td>60歳</td><td>昭和38年4月1日～昭和39年3月31日生まれ</td></tr><tr><td>65歳</td><td>昭和33年4月1日～昭和34年3月31日生まれ</td></tr><tr><td>70歳</td><td>昭和28年4月1日～昭和29年3月31日生まれ</td></tr></table>	40歳	昭和58年4月1日～昭和59年3月31日生まれ	45歳	昭和53年4月1日～昭和54年3月31日生まれ	50歳	昭和48年4月1日～昭和49年3月31日生まれ	55歳	昭和43年4月1日～昭和44年3月31日生まれ	60歳	昭和38年4月1日～昭和39年3月31日生まれ	65歳	昭和33年4月1日～昭和34年3月31日生まれ	70歳	昭和28年4月1日～昭和29年3月31日生まれ
40歳	昭和58年4月1日～昭和59年3月31日生まれ														
45歳	昭和53年4月1日～昭和54年3月31日生まれ														
50歳	昭和48年4月1日～昭和49年3月31日生まれ														
55歳	昭和43年4月1日～昭和44年3月31日生まれ														
60歳	昭和38年4月1日～昭和39年3月31日生まれ														
65歳	昭和33年4月1日～昭和34年3月31日生まれ														
70歳	昭和28年4月1日～昭和29年3月31日生まれ														
受診期間	令和5年4月1日～令和6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。														
<b>(*1)特定健診の必須項目</b>															
<b>(*2)がん検診の種類と検査方法</b>															
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)、 $\gamma$ -GT( $\gamma$ -GTP))	肺がん2 胸部エックス線検査及び 喀痰細胞診														
⑥ 脂質 (トリグリセライド、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5年7月1日～令和6年4月30日
補助金の支払時期	令和6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><b>&lt;次の方はがん検診分のみ補助の対象となります&gt;</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul> <p><b>&lt;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&gt;</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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</li> <li>・自治体で実施しているがん検診を受診された方</li> <li>・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</li> <li>・治療の目的で受診された方</li> </ul>

### 【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

# 人間ドックを予約する前に確認してください

東京都薬剤師国民健康保険組合

下記の事項を**事前に確認**してから人間ドックの予約をしてください。

## ■ 人間ドック補助を受けるために必要なこと

(①から③の全てを満たさなければ、組合からの補助額が変わります。)

- ① 健康診査は特定健診の必須項目を満たしていること
- ② がん検診の種類は、5大がんで、検査方法の指定があること
- ③ 支払った料金の明細書がもらえること

## 1 特定健診の必須項目

(以下の項目を全て満たすこと。この項目を満たさないと補助対象になりません。)

- 既往症(服薬歴、喫煙習慣を含む。)・・・「質問票」を代用できます。
- 自覚症状(理学的所見)
- 身長・体重・腹囲・BMI
- 血圧
- 肝機能(AST(GOT)、ALT(GPT)、 $\gamma$ -GT( $\gamma$ -GTP))
- 脂質(トリグリセライド、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)
- 血糖(空腹時血糖または HbA1c)
- 尿糖・尿たんぱく

## 2 補助対象とするがん検診(がんの種類と検査方法)

(以下の**がんの種類と検査方法**が補助対象です。これ以外のがんの種類や検査方法による検診は、**全額自己負担**になります。)

- 胃がん1 胃内視鏡検査
- 胃がん2 胃部エックス線検査
- 子宮頸がん 視診、子宮頸部の細胞診及び内診
- 肺がん1 胸部エックス線検査
- 肺がん2 胸部エックス線検査及び喀痰細胞診
- 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」
- 大腸がん 便潜血検査

## 3 料金明細表

当組合の補助金を申請する際には、人間ドック利用料金の明細書を添付する必要があります。(原本を添付)

明細書の様式は、各健診機関が発行する様式で構いません。

お問合せ先  
東京都薬剤師国民健康保険組合  
電話番号 03(3874)7411