

三菱健康保険組合 御中

被保険者健診の補助金申請について、下表のとおり確認を行ったことを証明します。

2027年1月10日

事業所名 ○○株式会社

証明欄への記入は必須です。

事業主名 ○○ △△

補助申請しない健診(検診)については、該当する確認項目すべてのコメントに「非該当」と記入してください。

被保険者健診の補助金申請に関する確認票【2027年1月申請用】

■確認欄に☑を記入してください。

■補助申請しない健診(検診)は、コメント欄に「非該当」と記載してください。

確認項目	確認	コメント
生活習慣病健診・乳がん検診		
1 受診者リストの申請対象者は、受診年度3月31日までに35歳以上の年齢に達し、かつ受診日時点で当組合の被保険者資格を保有している	<input checked="" type="checkbox"/>	
2 以下(1)～(5)の組合指定健診項目(詳細裏面)をすべて(漏れなく)受診している (1)特定健診項目(質問票・詳細検査である貧血・血清クレアチニン・心電図・眼底検査を含む) (2)胃部検査(X線・胃カメラ・PG法等いずれか) (3)腹部超音波検査 (4)便潜血検査 (5)(乳がん検診申請者のみ)マンモグラフィまたは乳腺エコー ・医師の判断または特別な身体的事情による未受診項目がある場合は、受診者リストに理由を記載	<input checked="" type="checkbox"/>	
3 前年1月～12月に受診しており、重複して申請していない(受診者リストへの記載は1人につき1行。乳がん検診は生活習慣病健診または節目健診と同じ行に記載。)	<input checked="" type="checkbox"/>	
4 特定健診結果データを提出済みである	<input checked="" type="checkbox"/>	
節目健診		
5 受診者リストの申請対象者は、受診年度3月31日の年齢が40・45・50・55・60歳のいずれかに該当し、かつ受診日時点で当組合の被保険者資格を保有している	<input checked="" type="checkbox"/>	
6 上記2～4をすべて満たし、事業所が定めた検査(※)を1項目以上受けている。 ※組合指定健診項目および、安衛法で定める事業主が実施すべき健診項目を除く	<input checked="" type="checkbox"/>	
7 健診費用が2万2千円を超えている(2万2千円以下の場合、【節目健診】ではなく【生活習慣病健診】として申請) ※【R8年度申請 限定事項】2026年1月～3月受診者は健診費用が2万円を超えている(2万円以下の場合、【節目健診】ではなく【生活習慣病健診】として申請)	<input checked="" type="checkbox"/>	
生活習慣病健診・乳がん検診、節目健診 共通		
受診月に応じて、以下2種類の受診者リストに分けて記載しているかご確認ください。 ・2026年1～3月受診分 ・2026年4～12月受診分		
8 【R8年度申請 限定事項】 2026年1～3月受診分の生活習慣病健診・乳がん検診、節目健診は、「【2026年1月～3月受診分】生活習慣病健診・節目健診・乳がん検診 受診者リスト」に記載し、申請している。	<input checked="" type="checkbox"/>	(1～3月受診分がない場合は、非該当と記載)
子宮がん検診		
9 受診者リストの申請対象者は、子宮頸部細胞診、子宮体部細胞診、子宮超音波検査(経膈エコー)、HPV検査のいずれかを受診している	<input type="checkbox"/>	非該当
10 受診日時点で当組合の被保険者資格を所有している	<input type="checkbox"/>	非該当
11 前年1月～12月に受診しており、重複して申請していない(受診者リストへの記載は1人につき1行)	<input type="checkbox"/>	非該当
共通		
12 「生活習慣病健診・節目健診・乳がん検診 受診者リスト」及び「被保険者 子宮がん検診 受診者リスト」に記載の健診(検診)費用に誤りがない	<input checked="" type="checkbox"/>	
<補助金申請取りまとめ担当者 連絡先> (必ずご記入ください)		
担当者名 健保 太郎 (部署名 人事部)	電話番号 ☆☆-☆☆☆☆-☆☆☆☆	

被保険者(35歳以上)生活習慣病健診補助金 組合指定健診項目一覧

		健診項目	組合指定項目
特定 健診 項目	診察等	既往歴	○
		自覚症状	○
		他覚症状	○
		服薬	○
		喫煙	○
		貧血	☆
		20歳からの体重変化	
		30分以上の運動習慣	
		歩行または身体活動	
		歩行速度	
		咀嚼	
		食べ方	
		食習慣	
		飲酒	
		飲酒量	
		睡眠	
		生活習慣の改善	
		保健指導の受診歴	
		内科診察	医師の診断(判定)
	医師の詳細項目実施理由		○
	(医師の氏名)		(健診データに入力してください)
	階層化結果		○
	メタボリック該当判定		○
	計測系	身長	○
		体重	○
		BMI	○
		腹囲	○
血圧(収縮期/拡張期)		○	
生化学検査	中性脂肪	○	
	HDL-コレステロール	○	
	LDL-コレステロール	○	
	AST(GOT)	○	
	ALT(GPT)	○	
	γ-GT(γ-GTP)	○	
血糖検査	空腹時血糖 ※食後10時間以上あけて検査	●	
	ヘモグロビンA1c(HbA1c) ※食後10時間未満の場合は必須	●	
尿検査	尿糖	○	
	尿蛋白	○	
特定 健診 詳細 項目	血液学検査	ヘマトクリット値	○
		血色素量[ヘモグロビン値]	○
		赤血球数	○
		血清クレアチニン	○
	心機能	12誘導心電図	○
眼底検査		○	
胃部検査	(胃部X線、胃カメラ、PG法等 1種類)	○	
腹部超音波	(肝臓・膵臓・腎臓・脾臓・胆嚢)	○	
便潜血検査		○	
乳がん検査	マンモグラフィーまたは乳腺エコー	○(乳がん検診補助申請者のみ必須)	

○・・・必須項目

●・・・いずれかの項目の実施で可。ただし食後10時間未満の場合は、必ずヘモグロビンA1c(HbA1c)を検査すること。

☆・・・情報を入力した場合に限り、医療保険者に報告する項目

・・・健診結果データ入力必須項目