

～お近くに指定医療機関がある場合は必ずそちらで受診しましょう～

<指定医療機関以外で健康診断を受ける方へ>

神建連国保の健診は指定医療機関で受診することが原則ですが、「会社から医療機関を指定されている」「人間ドック”を受診したい」「県外在住で近隣に指定医療機関がない」などやむを得ない場合は条件を満たしたうえで補助金を支給しています。

また、各種がん検診などを指定医療機関で受けられなかった方もこの制度を利用できます。

<補助の対象となる方>

1. 基本検査

A) 組合員(保険証に書かれてある「枝番」が”01”の方)

B) 「次の3月31日」時点で20歳以上の家族(受診時に19歳でも受診できます)

※基本検査の項目

問診	特定健診の問診事項・既往歴等
身体計測	身長・体重・BMI・腹囲・血圧検査・視力検査
医師による診察	
尿検査	蛋白・糖・潜血
血液検査	赤血球・白血球・ヘモグロビン・ヘマトクリット・GOT・GPT・ γ -GTP・ 中性脂肪・HDLコレステロール・LDLコレステロール・空腹時血糖・ HbA1c・総コレステロール・ALP・アルブミン・尿酸・ クレアチニン[e-GFR含む]・総ビリルビン
胸部レントゲン撮影	直接撮影・大角1枚

2. オプション検査

※オプション検査の項目と補助対象年齢

心電図検査	標準12誘導	「次の3月31日」時点で20歳以上の組合員と家族 ※受診時に19歳でも受診できます。
聴力検査	オーディオメーターによる 左右 1,000Hz/4,000Hz	
子宮頸がん検査	細胞診(頸部)※自己採取法は不可	
乳がん検査	マンモグラフィーまたはエコー	「次の3月31日」時点で40歳以上の組合員と家族 ※受診時に39歳でも受診できます。
胃がん検査	直接撮影による (デジタル画像診断、内視鏡も可)	
大腸がん検査	便潜血2回法による	

★オプション検査の補助は基本検査を同一年度内に受診することが条件です。

<受診の仕方>

受診したい契約外の医療機関に健康診断を申し込んでください。その際に【健康診断を実施して下さる医療機関の方へ】を持参するとスムーズです。

医療機関から「受診券」を求められた場合は「受診券はありません」と答えてください。窓口の方に「不明な点は神建連国保保健課(電話:045-453-9661)に問い合わせてください」とお願いしてください。

費用は**全額自己負担**してください。(料金は医療機関ごとに決めているので窓口でご確認ください)

<補助金の申請に必要なもの>

① 「健康診断結果表」(コピー可)

- 別途料金がかかる場合があるので、同じ内容であれば医療機関指定の結果表でも構いません。
- 「基本検査項目」(健康診断結果表で色が塗られている部分)は必ず受診してください。**不足項目がある場合は減額または不支給になることがあります。**

② 受診者の氏名と「健康診断の領収書」であることがわかる領収書(コピー可)

- 「受診者氏名」、「健診実施機関名」、「健康診断の領収書」であることがわかるものを用意してください。
- 会社での集団健診を受診した場合などは受診者名と単価がわかる明細を添付してください。
- 領収書がないクレジットカード払いなどの場合は一度神建連国保へご相談ください。

③ 「質問票兼問診票」

- 受診時に39歳でも必要です。医療機関へ持参する必要はありません。
- オプション検査のみ申請する場合は不要です。

④ 健康診断補助金支給申請書

- 「基本検査用」と「オプション検査用」があるので、お間違えなく。

※補助金は申請受付後、約1か月で送金します。(送金時にハガキでお知らせします)

※追加資料をお願いすることもありますので、医療機関から受け取った健診結果は入金があるまで大切に保管しておいてください。

※健診で「再検査」「要精検」と指摘された項目は必ず受診しましょう

(保険証が使える病院であればどこでも受診できるので、検査結果を持参して受診しましょう)

※健診結果に関する健康相談は保健師(045-441-2989)まで(平日9-17時まで)

ご不明な点は神建連国保保健課(045-453-9661)へお問い合わせください。

医療機関の方へこの紙を渡してください。

【健康診断を実施して下さる医療機関の方へ】

この度は当組合の被保険者の健診を実施して下さりありがとうございます。

1. 結果表は添付のものをご利用ください。（同じ内容であれば貴院所の書式で結構です）
2. 特定健診対象者でも一般の健診と同様に取り扱い、健診費用は受診者へ直接ご請求をお願いいたします。
3. ご不明な点は神建連国保保健課までお問い合わせください。（電話：045-453-9661）[平日 9 -17 時]

基本健診は以下の内容をすべて実施してください。（受診者が補助金を受給するために必要な項目です）

基本検査内容	
1	問診（特定健診の問診事項・既往歴等）
2	身体計測（身長・体重・BMI・腹囲・血圧測定・視力検査）
3	医師による診療診断
4	尿検査（蛋白・糖・潜血）
5	血液検査（赤血球・白血球・ヘモグロビン・ヘマトクリット・ALP・尿酸・アルブミン・クレアチニン・総コレステロール・総ビリルビン・GOT・GPT・ γ -GTP・中性脂肪・HDL-ch・LDL-ch・空腹時血糖[絶食 10 時間以上]・HbA1c) ※採血は可能な限り絶食 10 時間以上、最低でも 3.5 時間以上でお願いします ※空腹時血糖と HbA1c は両方測定してください
6	胸部 X 線検査（直接撮影・大角×1 枚）

※年齢・性別にかかわらずすべての項目を実施してください。

※治療中、妊娠中、生理中などで実施できない項目がある場合は、結果表に理由の記載をお願いします。

※以下はオプション検査ですので受診者が希望する場合に実施してください。

	検査内容	対象者（年度末基準）
心電図検査	標準 1 2 誘導	全年齢
聴力検査	オーディオメーターによる左右 1,000Hz/4,000Hz	
子宮がん検査	細胞診（頸部）※自己採取法は不可	20 歳以上
乳がん検査	マンモグラフィーまたはエコー	
胃がん検査	直接撮影による（デジタル画像診断または内視鏡でも可）	40 歳以上
大腸がん検査	便潜血 2 回法による	

（領収書について）

- ① 複数人が受診され、事業所名で領収書を発行される際は受診者別の健診費用がわかる明細書（様式自由）をお渡しください。
- ② 保険診療と健診を同時に実施された場合はそれぞれの内訳がわかる領収書の発行をお願いします。

神奈川県建設連合国民健康保険組合 健康診断結果表

(必須項目 ※未実施項目がある場合、補助金が支給されないことがあります)

保険証番号 36-	
フリガナ	性別
氏名	男女
生年月日	年齢
健康診断実施日 年 月 日	歳

既往歴	
-----	--

医師の指示	
-------	--

項目判定	
------	--

※妊娠中などで検査できなかった項目がある場合はその旨ご記入ください。

医療機関名

判定医



採血までの空腹時間		(必ず記入)	時間
身体計測	身長		cm
	体重		kg
	BMI		
視力	裸眼		
	矯正		
血圧		/	mmHg
尿検査	潜血		
	蛋白		
	糖		
血液一般検査	赤血球		μl
	白血球		μl
	ヘモグロビン		g/dl
	ヘマトクリット		%
血液生化学検査	ALP		U/L
	総ビリルビン		mg/dl
	GOT (AST)		U/L
	GPT (ALT)		U/L
	γ-GTP		U/L
	中性脂肪		mg/dl
	総コレステロール		mg/dl
	LDL-c		mg/dl
	HDL-c		mg/dl
	空腹時血糖		mg/dl
	HbA1c		%
	クレアチニン		mg/dl
	eGFR		
尿酸		mg/dl	
アルブミン		g/dl	
胸部X線検査 (直接撮影・大角×1枚)			

(以下、オプション項目)

聴力検査	1000Hz	
	1000Hz	
	4000Hz	
	4000Hz	
心電図検査		
胃部X線検査		
婦人科検査	マンモグラフィー またはエコー	
	子宮頸がん細胞診	
便	潜血1回目	
	潜血2回目	

2024年4月作成

※採血は絶食10時間(最低でも3.5時間)以上経過したのちに実施してください。

質問票兼問診票 お名前() 受診日(年 月 日)

問診票(年齢に関係なく全員お答えください)

今までにかかった病気はありますか。(既往歴)	① はい ② いいえ
はいと答えた方は当てはまるものに○印をつけてください。 1. 高血圧 2. 糖尿病 3. 脂質異常症 4. 狭心症 5. 心筋梗塞 6. 脳梗塞 7. 痛風 8. 貧血 9. 肝臓病 10. 腎臓病 11. 胃潰瘍 12. ぜん息 13. その他()	
病気と思われる症状はありますか。(自覚症状)	① はい() ② いいえ
今回の健診を含めて医師から指摘された症状はありますか。(他覚症状)	① はい() ② いいえ

質問票(「次の3月31日」時点で40歳以上の方はお答えください)

1. 血圧を下げる薬	現在 ① 飲んでる ② 飲んでない
2. 血糖を下げる薬又はインスリン注射	現在 ① 飲んでる ② 飲んでない
3. コレステロールや中性脂肪を下げる薬	現在 ① 飲んでる ② 飲んでない
4. 医師から、脳卒中(脳出血、脳梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	① はい ② いいえ
5. 医師から、心臓病(狭心症、心筋梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	① はい ② いいえ
6. 医師から、慢性腎臓病や腎不全にかかっているといわれたり、治療(人工透析など)を受けていますか。	① はい ② いいえ
7. 医師から、貧血といわれたことがある。	① はい ② いいえ
8. 現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 ※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、条件1と条件2を両方満たす状態です。 条件1:最近1か月間吸っている 条件2:生涯で6か月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている)	① はい(条件1と条件2を両方満たす) ② 以前は吸っていたが、最近1か月間は吸っていない(条件2のみ満たす) ③ いいえ(①②以外)
9. 20歳の時の体重から10kg以上増加している。	① はい ② いいえ
10. 1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施していますか。	① はい ② いいえ
11. 日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施していますか。	① はい ② いいえ
12. ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い。	① はい ② いいえ

13. 食事をかんで食べる時の状態はどれにあてはまりますか。	① 何でもかんで食べることができる ② 歯や歯ぐき、かみあわせなど気になる部分があり、かみにくいことがある ③ ほとんどかめない
14. 人と比較して食べる速度が速い。	① 速い ② ふつう ③ 遅い
15. 就寝前の 2 時間以内に夕食をとることが週に 3 回以上ある。	① はい ② いいえ
16. 朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取していますか。	① 毎日 ② 時々 ③ ほとんど摂取しない
17. 朝食を抜くことが週に 3 回以上ある。	① はい ② いいえ
18. お酒(日本酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度はどのくらいですか。 ※「やめた」とは、過去に月1回以上の習慣的な飲酒歴があった者のうち、最近1年以上酒類を摂取していないことです	① 毎日 ② 週5～6日 ③ 週3～4日 ④ 週1～2日 ⑤ 月に1～3日 ⑥ 月に1日未満 ⑦ やめた ⑧ 飲まない(飲めない)
19. 飲酒日の1日当たりの飲酒量 日本酒1合(アルコール度数 15 度・180ml)の目安: ビール(同5度・500ml)、 焼酎(同 25 度・約 110ml)、 ワイン(同 14 度・約 180ml)、 ウイスキー(同 43 度・60ml)、 缶チューハイ(同5度・約 500ml、同7度・約 350ml)	① 1合未満 ② 1～2合未満 ③ 2～3合未満 ④ 3～5合未満 ⑤ 5合以上
20. 睡眠で休養が十分とれている。	① はい ② いいえ
21. 運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いませんか。	① 改善するつもりはない ② 改善するつもりである(概ね6か月以内) ③ 近いうちに(概ね1か月以内)改善するつもりであり、少しずつ始めている ④ 既に改善に取り組んでいる(6か月未満) ⑤ 既に改善に取り組んでいる(6か月以上)
22. 生活習慣の改善について、これまでに特定保健指導を受けたことがありますか。	① はい ② いいえ

ご記入ありがとうございました。

健康診断補助金支給申請書【基本検査用】

神奈川県建設連合国民健康保険組合理事長 殿

神建連国保の定める健康診断を受診したので、健康診査結果及び質問票の個人情報を健康診断補助金支給に係る計算や被保険者の健康の保持増進のための事業に利用すること、ならびに当組合における個人情報の利用目的や取扱いに同意し、下記の通り必要書類を添えて補助金の支給を申請します。

年 月 日

※太枠内をすべてご記入ください。印鑑は氏名を自筆の場合不要です。

保険証記号	36	番号							枝番	
組合員氏名					印	受診者氏名	(年 月 日生まれ)			
受診医療機関名	医療機関名： (所在市区町村名)									
受診日	受診日： 年 月 日									
絶食後 採血までの時間	(どれかに○を)		1. 10 時間以上			2. 3.5 時間以上 10 時間未満				
3. 3.5 時間未満										
【アンケートにご協力ください】										
今回指定医療機関以外で健診を受けられた理由は何ですか？(○をお付けください)										
1. かかりつけの医療機関だった 2. 行ける場所に指定医療機関がなかった										
3. 指定医療機関で予約がとれなかった 4. 元請（会社）からの指示										
5. 人間ドックを受診したかった 6. その他 ()										
提出物チェックリスト (すべて揃えてご提出ください)										
<input type="checkbox"/> 健診結果表 (コピー可) ⇒ 基本検査項目をすべて満たしているもの										
<input type="checkbox"/> 領収書 (コピー可) ⇒ 受診者名が明記されたもの										
<input type="checkbox"/> 質問票兼問診票 ⇒ 手元にない場合は神建連国保のホームページからダウンロードできます										

【支部使用欄】

支部 担当者印	送金先 (どちらかに○を)	1. 組合員名義のゆうちょ口座	2. 支部
------------	------------------	-----------------	-------

【国保組合使用欄】

決 済		保 健 課		
常務理事	事務局長	保健課長	保健課係	受 付
決定日付		点 検	入 力	
決定金額				請求番号
¥				

 特定健診

※オプション検査を同一日、同一医療機関で受診した場合はこの申請書のみご提出ください。【オプション検査用】は不要です。

健康診断補助金支給申請書 【オプション検査用】

神奈川県建設連合国民健康保険組合理事長 殿

神建連国保の健康診断のうち選択項目のみを受診したので、健康診査結果及び質問票の個人情報を健康診断補助金支給に係る計算や被保険者の健康の保持増進のための事業に利用すること、ならびに当組合における個人情報の利用目的や取扱いに同意し、下記の通り必要書類を添えて補助金の支給を申請します。

年 月 日

※太枠内をすべてご記入ください。印鑑は氏名を自筆の場合不要です。

保険証記号	36	番号							枝番	
組合員氏名					印	受診者氏名	(年 月 日生まれ)			
受診医療機関名	医療機関名： (所在市区町村名)									
受診日	受診日： 年 月 日									
基本検査の受診について	医療機関名： (所在市区町村名) 受診日： 年 月 日 ※基本検査の受診が確認できるまで支給は保留となります。									
【アンケートにご協力ください】 今回指定医療機関以外で健診を受けられた理由は何ですか？(○をお付けください) 1. かかりつけの医療機関だった 2. 行ける場所に指定医療機関がなかった 3. 指定医療機関で予約がとれなかった 4. その他 ()										
提出物チェックリスト (すべて揃えてご提出ください) <input type="checkbox"/> 健診結果表 (コピー可) <input type="checkbox"/> 領収書 (コピー可) ⇒ 受診者名が明記されたもの										

【支部使用欄】

支部 担当者印		送金先 (どちらかに○を)	1. 組合員名義のゆうちょ口座	2. 支部
------------	--	------------------	-----------------	-------

【国保組合使用欄】

決 済		保 健 課		
常務理事	事務局長	保健課長	保健課係	受 付
決定日付		点 検	入 力	
				請求番号
決定金額				
¥				