

家族健康診査について(2019年4月1日受診分より変更)

【受診期間】 年度(4月1日～3月31日)に1回随時受診可能

【対象者】 18歳以上の被扶養者、特退・任継は被保険者も含む
受診日現在、健康保険組合に加入している方
※同年度内の人間ドックとの重複受診は出来ません

【受診先】 各自で選択した医療機関で受診(健診費用はお立替ください)
※海外の健診機関で受診した場合は、対象外

【健診項目および費用(税込み)の上限】

医療機関に予約する際には、該当する下記の項目を告げ、必ず費用の確認をしてください。年齢は年度末(3月)時点での年齢

29歳まで (上限)7,500円	診察・身長・体重・視力・胸部レントゲン検査・血圧測定・尿検査(蛋白・糖)
30歳～34歳まで (上限)13,000円	上記の29歳までの検査 および 血液生化学検査[貧血(Hb・RBC)・肝機能検査(GOT・GPT・γ-GTP)・空腹時血糖・脂質(総コレステロール・HDLコレステロール・LDLコレステロール・中性脂肪)]を追加
35歳～39歳まで (上限)18,000円	上記の34歳までの検査 および 心電図・便潜血検査(2日法)を追加
40歳以上 (上限)33,000円	上記の39歳までの検査 および 腹囲測定・BMI値・胃部X線検査・HbA1c・HBs抗原検査・HCV抗体検査を追加 ヘマトクリット・眼底検査・血清クレアチニン検査(医師の判断に基づき選択的に実施する項目)
50歳以上の男性 (上限)35,000円	上記の40歳以上の検査に加え、PSA検査を追加した場合のみ

【健診上の注意】

胃の検査はバリウム検査を基本とし、胃カメラを受診した際には検査料のみ補助の対象となります
(組織採取を行った際の費用は個人負担)

精密検査や再検査が必要な場合は、必ずご受診ください(精密検査・再検査費用は個人負担)

【健診費用】

- 健保組合指定の上記健診項目は、自費診療(保険証は使用しない)でお支払いください
- 上限金額の範囲内でも、指定項目以外の検査費用は費用補助の対象外となります
- 上限金額の超過分につきましては、返金できません
- 健診結果による再診については、費用補助の対象となりませんので保険診療(保険証を使用する)でお支払ください

【特定健康診査】 40歳以上の方(今年度40歳になる方も含む)

※今年度40歳以上となる方は、「特定健診検査項目チェックリスト」に記載されている特定健診項目を必ず受診してください

【提出書類】

- ① 「家族健康診査」費用請求書(原本)(子宮がん検査、乳がん検査を受けた場合は別途「がん検診(子宮がん・乳がん)」費用請求書が必要)
- ② 受診者宛領収書(原本)
- ③ 診療明細書(原本)(健診機関により発行がない場合は添付不要)
- ④ 医療機関発行の結果表(原本または写し)
医療機関発行の結果表がない場合は健保組合所定の「健康診査結果報告書」(原本)
- ⑤ 「質問票」(別紙の「質問票」に回答を記入し、費用ご請求の際に必ず添付してください)

【提出期限】 受診月の翌々月末までに健保組合必着

【提出先】 社内便または郵送 ※随時受付:各個人で直接健保組合、保健事業グループ宛

〒103-0016 東京都中央区日本橋小網町9-2
SMBC 日興証券グループ健康保険組合 保健事業グループ

【費用返金】 必要書類①～⑤を受領した月の翌々月(月末)に振込みにて返金

《お問合せ先》保健事業グループ TEL:03-3660-2792

年度(4月1日～3月31日)に1回随時受診可

「家族健康診査」費用請求書【社員の家族】

請求日： 年 月 日

SMBC日興証券グループ健康保険組合御中
下記のとおり「健康診査」を受診しましたので費用を請求します。

Form with fields for Insured Name, Health Insurance No., Address, and Recipient details.

※太枠内ご記入ください

《費用請求時のご注意》

【提出必要書類】

- ① 「家族健康診査」費用請求書(原本)
② 受診者宛領収書(原本)
③ 診療明細書(原本)(健診機関により発行がない場合は添付不要)
④ 医療機関発行の結果票(原本または写し)、ない場合は、健保組合所定の「健康診査結果報告書」(原本)
⑤ 質問票

※同年度内の人間ドックとの重複受診はできません
※がん検診(子宮がん検査・乳がん検査)を受診した場合は、別途「がん検診(子宮がん・乳がん)」費用請求書の提出が必要です
※所属は、社内便の届くようご記入ください。グループ会社の方は、会社名・部署名を記入してください
※海外の検診機関で受診した場合は、対象外

【提出期限】 受診月の翌々月末までに健保組合必着

【補助金の振込先】

Form for bank transfer details including bank name, branch, and account type.

※ 保険証記号3の社員の方は給与と同時振込となりますので、支払指定金融機関の記入は不要です。

Table with columns: 種別, 利用日, 内訳, 利用金額, 組合補助, 備考. Includes age-based benefit amounts.

健保組合記入欄



特定健康診査 検査項目チェックリスト

対象：40歳以上の方（今年度40歳になる方も含む）

今年度40歳以上となる方は、次の検査が必須項目となっております。
健診を受ける前に、受診される医療機関に確認し、必ず下記の検査を受けましょう。

検査項目		特定健診	チェック
診察	既往歴	○	
	うち服薬歴	○	
	うち喫煙歴	○	
	自覚症状	○	
	他覚症状	○	
身体計測	身長	○	
	体重	○	
	腹囲	○	
	BMI	○	
血圧等	血圧	○	
肝機能検査	AST(GOT)	○	
	ALT(GPT)	○	
	γ-GT(γ-GTP)	○	
血中脂質検査	中性脂肪	○	
	HDLコレステロール	○	
	LDLコレステロール	○ ^{注1}	
	(Non-HDLコレステロール)		
血糖検査	空腹時血糖	◎	
	HbA1c	◎	
	随時血糖	◎ ^{注2}	
尿検査	尿糖	○	
	尿蛋白	○	
血液学検査 (貧血検査)	ヘマトクリット値	△	
	血色素量	△	
	赤血球数	△	
心電図		△	
眼底検査		△	
血清クレアチニン検査(eGFR)		△	

○…必須項目

△…医師の判断に基づき選択的に実施する項目

◎…いずれかの項目の実施でも可

注1) 中性脂肪(血清トリグリセリド)が400mg/dl以上である場合又は食後採血の場合は、LDLコレステロールに代えて Non-HDLコレステロール(総コレステロールからHDLコレステロールを除いたもの)で評価を行うことができる。

注2) やむを得ず空腹時以外に採血を行い、HbA1cを測定しない場合は、食後(食事開始時から3.5時間未満)を除き随時血糖により血糖検査を行うことを可とする。

※上記検査と合わせて、『質問票』の提出も必要です。

結果報告書を健康保険組合へ送付する際には、検査や記載項目に漏れがないか、ご確認をお願い致します。

【お問合せ先】SMBC日興証券グループ健康保険組合
保健事業グループ TEL:03-3660-2792

健康診査結果報告書

受診者名					
生年月日	昭和・平成	年	月 日生(歳)		
診 察	※既往歴：あり(病名) _____ なし ※自覚症状：あり(所見) _____ なし ※他覚症状：あり(所見) _____ なし ※その他所見 メタボ判定 ・ 該当 ・ 非該当				
身体計測	※身長 _____ cm	※腹囲 _____ cm			
	※体重 _____ kg	※BMI値 _____			
視力	右 _____	左 _____			
X線検査	【胸部】所見 【胃部】所見◇40歳以上				
血圧	※最高 _____	※最低 _____			
尿検査	※蛋白 _____	※糖 _____			
血液生化学・血清学検査	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> ◇30歳以上 (基準値) Hb _____ g/dl () RBC _____ 万/ul () ※GOT _____ u/l () ※GPT _____ u/l () ※γ-GTP _____ u/l () 総コレステロール _____ mg/dl () ※HDLコレステロール _____ mg/dl () ※LDLコレステロール _____ mg/dl () ※中性脂肪 _____ mg/dl () ※空腹時血糖 _____ mg/dl () </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> ◇40歳以上 (基準値) ※HbA1c _____ % () △ヘマトクリット _____ % () △眼底検査 _____ () △血清クレアチニン検査(eGFR) _____ () B型肝炎検査 HBs抗原 _____ C型肝炎検査 HCV抗体 _____ ◇50歳以上(男性のみ) 腫瘍マーカー PSA検査 _____ ng/ml () </td> </tr> </table>			◇30歳以上 (基準値) Hb _____ g/dl () RBC _____ 万/ul () ※GOT _____ u/l () ※GPT _____ u/l () ※γ-GTP _____ u/l () 総コレステロール _____ mg/dl () ※HDLコレステロール _____ mg/dl () ※LDLコレステロール _____ mg/dl () ※中性脂肪 _____ mg/dl () ※空腹時血糖 _____ mg/dl ()	◇40歳以上 (基準値) ※HbA1c _____ % () △ヘマトクリット _____ % () △眼底検査 _____ () △血清クレアチニン検査(eGFR) _____ () B型肝炎検査 HBs抗原 _____ C型肝炎検査 HCV抗体 _____ ◇50歳以上(男性のみ) 腫瘍マーカー PSA検査 _____ ng/ml ()
◇30歳以上 (基準値) Hb _____ g/dl () RBC _____ 万/ul () ※GOT _____ u/l () ※GPT _____ u/l () ※γ-GTP _____ u/l () 総コレステロール _____ mg/dl () ※HDLコレステロール _____ mg/dl () ※LDLコレステロール _____ mg/dl () ※中性脂肪 _____ mg/dl () ※空腹時血糖 _____ mg/dl ()	◇40歳以上 (基準値) ※HbA1c _____ % () △ヘマトクリット _____ % () △眼底検査 _____ () △血清クレアチニン検査(eGFR) _____ () B型肝炎検査 HBs抗原 _____ C型肝炎検査 HCV抗体 _____ ◇50歳以上(男性のみ) 腫瘍マーカー PSA検査 _____ ng/ml ()				
心電図	◇35歳以上				
便潜血検査	◇35歳以上				
	令和 年 月 日				
	医療機関名 _____	医師名 _____	(印)		

【医療機関の方へ】

- 1)医療機関発行の結果表がない場合には、上記該当項目にご記入ご捺印のうえ、受診者にお渡してください。
- 2)40歳以上の上記受診者については、特定健康診査を兼ねておりますので、上記※印項目の検査を必ず実施してください。
但し血糖検査は“空腹時血糖”もしくは“HbA1c”のどちらか一方で可とします。
- 3)△…医師の判断に基づき選択的に実施する項目

【お問合せ先】SMBC日興証券グループ健康保険組合 保健事業グループ TEL:03-3660-2792

