

## 家族健康診査について

【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(2枚)」)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。

被 保 険 者 名	フリガナ _____ 氏名 _____ 男・女 _____	健康保険証の(記号)番号 ( )	所属 _____	
			所属TEL ( ) _____	
受 診 者	フリガナ _____ 氏名 _____ 男・女 _____ ・昭和・平成 年 月 日生 ( 歳) (記号3の方) 当該補助金の、人事部経由支払に同意します	受診者住所 〒 _____ _____	続 柄	・夫 ・妻 ・父 ・母 ・その他( )

※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】

被保険者名義の金融機関口座(保険証記号3以外の方)

被保険者：口座名義(カタカナ)

銀行名	銀行コード	支店名	支店コード	項目	口座番号(右詰で記入)
				・普通	
				・当座	

※ 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。

健保組合記入欄						
種別	利用日	内訳	利用金額	組合補助	備考	
(1) 給与時振 (2) 一般	年 月 日	① 29歳まで	7,500円	_____ 円	_____ 円	
		② 30～34歳	13,000円			
		③ 35～39歳	18,000円			
		④ 40歳以上	33,000円			
		⑤ 50歳以上(男)	35,000円			

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	○注1	
	HDLコレステロール	○	
	LDLコレステロール	○注2	
	(Non-HDLコレステロール)		
血糖検査	空腹時血糖	◎	
	HbA1c	◎	
	随時血糖	◎注3	
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) 空腹時中性脂肪(血清トリグリセリド)の量、止むを得ない場合は随時中性脂肪の量。

やむを得ず空腹時以外に採血を行う場合は、随時中性脂肪による血中脂質検査を行うことを可とする。

注2) 空腹時中性脂肪若しくは随時中性脂肪が400mg/dl以上又は食後採血の場合、LDLコレステロールに代えてNon-HDLコレステロールの測定でも可。

注3) やむを得ず空腹時以外に採血を行い、HbA1c(NGSP値)を測定しない場合は、食直後(食事開始時から3.5時間未満)を除き、随時血糖による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

# 質 問 票 (1)

記入日: 年 月 日

	質 問 項 目	回 答
1-3	現在、aからcの薬の使用の有無	
1	a. 血圧を下げる薬	① はい ② いいえ
2	b. 血糖を下げる薬又はインスリン注射	① はい ② いいえ
3	c. コレステロールや中性脂肪を下げる薬	① はい ② いいえ
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を両方満たす者である。 条件1：最近1ヶ月間吸っている 条件2：生涯で6カ月間以上吸っている、または合計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ヶ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	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	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者)	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

## 質 問 票 (2)

	質 問 項 目	回 答
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すか。	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ヶ月以内) ③ 近いうちに(概ね1ヶ月以内)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ヶ月未満) ⑤ 既に改善に取り組んでいる(6ヶ月以上)
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

<p>・「家族健康診査費用請求書」提出の際、この質問票を必ず添付してください。</p> <p>・収集した個人情報は、当健保組合が実施する保健事業に必要な利用目的にのみ使用いたします。</p>	保険証(記号)番号	受診者 氏名
	(      )	

SMBC日興証券グループ健康保険組合

## 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

