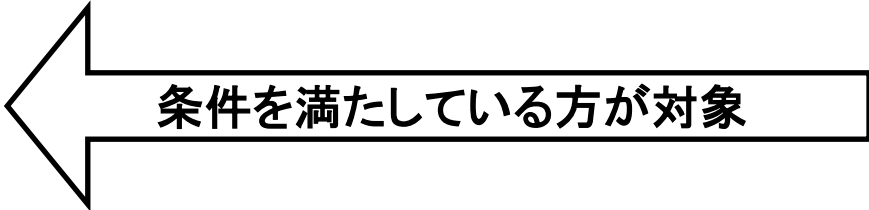


2023年度 大日本印刷健康保険組合 事後精算のご案内（かかりつけ医等）

健康診断事務委託先：株式会社イーウェル

健診費用を窓口で全額お支払後に、必要書類をご提出いただくと、
【特定健診検査項目（国で義務付けている）】にかかった費用を還付する制度です。



条件を満たしている方が対象

◆補助条件

- 一つの健診機関で、特定健診必須検査項目を全て受診している。（保険診療分は不可）
（※項目は裏面で確認）
 - (株)イーウェルの施設健診機関リストに掲載されていない健診機関で受診している。
 - 健保組合の他健診サービスを利用していない。
（人間ドック、(株)イーウェルの巡回・施設健診、パートアルバイト先健診結果回収）
- ※自治体実施の特定健診を自己負担している場合は申請可
（がん検診は補助対象外）

◆受診期間/申請期間

受診期間：2023年4月1日～2024年3月31日まで

申請期間：2023年6月1日～2024年5月31日必着

※期間外は補助対象外となります。

※申請に不備があった場合、(株)イーウェルから書類を返却するまでに2ヶ月ほどかかる場合がございます。

◆対象者（年齢は2024年3月31日時点の年齢を参照してください）

受診日時点で健保組合に加入している下記の方

- 一般被扶養者（40歳～74歳）
- 任意継続被保険者（40歳～74歳）
- 任意継続被扶養者（40歳～74歳）

次ページ以降の「検査項目と補助金額」「事後精算の流れ」を
ご確認のうえ申請してください。

◆ 検査項目と補助金額

・健診機関へご予約時

必ず「**必須検査項目（特定健診項目）**」を全て自費で受診できるか」をご確認ください。

・結果到着後

「**必須検査項目（特定健診項目）**の結果が記載されているか」必ずご確認ください。

<特定健診項目>

区分		検査項目	●は、必ず受診頂かなければならない項目です	補助上限金額(税込)
診 察	問診	問診票（特定健診必須4項目含む）	●	7,700円
	理学所見	既往歴	●	
		自覚症状	●	
		他覚症状	●	
身体測定等	身長	●		
	体重	●		
	B M I	●		
	腹囲	●		
	血圧	●		
	視力	○		
胸部検査	胸部X線検査（直接）	○		
	喀痰検査	医師の指示による		
聴力	オーディオメーター（1000/4000）	○		
尿検査	尿糖（U S）	●		
	尿蛋白	●		
	尿潜血	○		
	ウロビリノーゲン	○		
血 液 検 査	血 液 一 般	赤血球（R B C）	○	
		血色素（H b）	○	
		ヘマトクリット（H t）	○	
		血小板数（P L T／P L）	○	
		赤血球色素量（M C H）	○	
		赤血球色素濃度（M C H C）	○	
		赤血球容積（M C V）	○	
		白血球（W B C）	○	
		総コレステロール（T-Cho）	○	
	脂質	中性脂肪（T G）	●	
		HDL-cho	●	
		LDL-cho	●	
		生 化 学 検 査	肝機能	G O T（A S T）
	G P T（A L T）			●
	γ-GTP（G G T）			●
	腎機能		尿酸（U A）	○
		尿素窒素（B U N）	○	
		血清クレアチニン（C R E）	○	
	血糖	空腹時血糖（B S）	どちらか一つ以上 ●	
		グリコヘモグロビンA1c（H b A 1 c）		
心電図検査		1 2 誘導	○	
眼検査		眼底検査（片眼以上）	医師の指示による	
便潜血検査		便潜血 2 回法	○	

『●』・・・必須検査項目。健診結果に記載がなければ補助を受けることができませんのでご注意ください。

上記必須検査項目が不足している場合は、健診機関に必ずお問い合わせください。

※検査項目に追記や修正が必要な場合は、ご自身で健診結果に追記もしくは修正をしてご提出ください。

『○』・・・基本健診項目。未実施でも事後精算の補助を受けることができますが、受診を推奨します。

『医師の指示による』・・・医師の判断に基づき、選択的に実施する項目となる為、必須ではありません。

◆事後精算の流れ

STEP.1

お手元の書類を確認する

- ・以下の書類がお手元にあるかご確認ください。

- ☐ 事後精算のご案内（本紙） ☐ 補助金申請書／領収証貼付台紙（裏面） ☐ 返信用封筒

STEP.2

ご自身で健診機関へ予約する

- ・希望する健診機関が施設健診機関リストまたは専用ＨＰ（<https://www.kenpos.jp/>）に掲載されていないことをご確認ください。
- ・必ず受診者名で予約をしてください。
- ・必須検査項目（特定健診で受診が義務付けられている検査項目）を満たしている健康診断を予約してください。 ※必須検査項目を満たしていない場合、補助金を受け取ることができません。

STEP 3

受診する 保険診療（自己負担3割）の場合は申請不可です。

- ・健診費用全額を健診機関窓口でお支払ください。
 - ・領収証は必ず受け取ってください。
- その際、以下の項目の記載があるかご確認ください。

- ① 受診者氏名(フルネーム) ④ 健康診断の費用であることを示す但し書き(※)
- ② 受診年月日 ⑤ 健診機関の住所・名称・領収印
- ③ 健診費用

※コースと併せてオプション検査を実施した場合は、領収証にオプション検査の料金を記載するか、健診機関の価格表または明細書など、単価の分かるものを同封してください。

① 領 収 証 ②
イーウェル 花子 様 2000年〇月〇日

③ ￥ 18,500

④ 但 健康診断費用として
上記正に領収いたしました

⑤
東京都〇〇区〇〇町 ー１ー
イーウェル 病院
医院長 イーウェル 太郎

STEP.4

健診結果を受領する

- ※健診結果に必須検査項目が記載されているかご自身でご確認ください。
※必須検査項目が不足している場合は、健診機関にご確認ください。

STEP.5

補助金を申請する

- ・申請期間内に、以下の申請書類一式を同封の返信用封筒に入れ(株)イーウェルへお送りください。

- ☐ 事後精算補助金申請書（表面） ☐ 領収証の原本を領収証貼付台紙（申請書裏面）に貼付してください。
- ☐ 健診結果のコピー（定性判定のみでなく、詳細な数値結果が記載されているもの）

※健診結果の原本はご自身で保管してください。

※領収証は必ず原本を貼付してください。コピーは補助の対象外となります。

※書類の不足・記載不備があった場合、確認のためお電話または申請書類一式を返送させていただく場合がございます。

※受理された申請書類一式は、返却ができませんので予めご了承ください。

【送付先】 〒699-0203 島根県松江市玉湯町布志名767番31

株式会社イーウェル データ管理A係

STEP 6

補助金を受け取る (補助条件を満たしている方のみ)

- ・『事後精算補助金申請書』に記載された口座へ補助金が振込まれます。

※毎月15日までに(株)イーウェルへ到着したものを、翌々月末日頃にお振込みします。

※振込金額に相違があった場合、お手数をおかけしますが(株)イーウェルへご連絡ください。

◆お問合せ先

事後精算に関するお問合せは、以下へご連絡いただきますようお願い申し上げます。

(株)イーウェル 健康サポートセンター TEL : 0570-057091

※ 上述の電話番号がご利用いただけない場合は、「TEL : 050 - 3850 - 5750」をご利用ください。

※個人情報保護の観点から、健康診断を受診されたご本人様以外からのお問合せは受付しておりません。

【受付時間】 9:30～17:30 【休業日】 日曜・祝日・年末年始（12.29～1.4）