

# 二次検査費用補助金のお知らせ

2024年4月

定期健康診断等で、精密検査が必要な「**要受診判定**」となり、医療機関にて二次検査を受けた場合にその費用を補助します。  
ご自身の健康状態の把握や病気の早期発見・早期治療のため必ず受診しましょう。

申請期限 **2025年3月31日**  
提出先 **三協・立山健康保険組合**

## 対象者と対象の健診

### 対象者

被保険者 **本人のみ** (家族・任意継続加入者は対象外)  
※健診受診時・二次検査受診時に健保加入者

### 対象の健診

2024年4月～2025年3月に受診した健診

- ・ **定期健康診断** 一般健診・生活習慣病健診・節目健診  
特殊健診 (※工場勤務者の深夜業務に従事する方の健診のみ)
- ・ **人間ドック**
- ・ **婦人検診** (乳がん・子宮頸がん検査のみ)

※人間ドックのオプション検査は対象外  
(対象となる検査項目は節目健診項目に限る)  
※健康診断と婦人検診ともに「要受診判定」だった場合  
両方合わせて上限1万円までの補助になる

## 対象となる「要受診判定」

### 「要受診判定」

- **要精密検査**
- **要受診**
- **要治療**
- **要再検査**
- **1ヶ月後再検査**

※緊急性の高い再検査は対象  
3ヶ月後・6ヶ月後・1年後に再検査は経過観察  
レベルにあたる為対象外

対象の健診結果の判定が上記に限る

## 補助額と範囲

### 費用の範囲

健康保険証やマイナンバーカードを使用して  
医療機関を受診し二次検査の結果を聞くまでの  
保険診療(3割負担)の医療費が対象

補助額 **上限 10,000円**

### <対象外の費用>

- ×すでに治療中の疾患の検査や薬代等
- ×2回目以降の同じ検査
- ×保険診療外の検査
- ×他院への紹介費用・文書料
- ×選定療養費・入院中の食事代・差額ベット代
- ×がん検診で治療になったもの
- ×その他、健保組合が対象外と判断したもの

## 申請方法

### 申請方法

- 「**二次検査費用補助金申請書**」を記入し  
三協・立山健康保険組合へ提出する

### 添付書類

- 医療機関の領収書 (写)
- 医療機関の診療明細書 (写)
- 対象となる健康診断等の結果表 (写)  
「要受診判定」項目が記載されたページを  
必ず添付する

※二次検査を受けた医療機関が複数あった場合は  
まとめて申請する

### 【補助金のお支払いについて】

通常、申請月の翌月～翌々月にお支払いします。  
申請内容により、医療機関から健保組合へ届く医療費の請求書で診療内容を確認する場合は、お支払いが遅れることが  
ございますのでご了承ください。

|      |     |    |    |     |   |
|------|-----|----|----|-----|---|
| 常務理事 | 事務長 | 担当 | 担当 | 支給額 | 円 |
|      |     |    |    |     |   |

## 二次検査費用補助金申請書

|        |                 |    |         |                      |
|--------|-----------------|----|---------|----------------------|
| 被保険者情報 | 記号              | 番号 | 所属      | 株式会社<br>部・支店・工場<br>課 |
|        | 被保険者証の          |    |         |                      |
| 氏名     | -----<br>(フリガナ) |    | 連絡先 TEL | ( )                  |

|                              |  |  |
|------------------------------|--|--|
| 申請内容<br>一次健診結果内容             | 健診種別   | <input type="checkbox"/> 定期健康診断 (一般・生活習慣病・節目健診) (実施機関) |
|                              | 健診日  | 健診日 令和 年 月 日   |
|                              | 実施機関   | <input type="checkbox"/> 人間ドック (実施機関)                  |
|                              |  | 健診日 令和 年 月 日   |
|                              |  | <input type="checkbox"/> 婦人検診 (乳房・子宮頸がん) (実施機関)        |
|                              |  | 健診日 令和 年 月 日   |
| ※【要受診判定】<br>を受けた項目<br>に☑をつける | <input type="checkbox"/> ①便潜血 <input type="checkbox"/> ②腹部超音波 <input type="checkbox"/> ③心電図 <input type="checkbox"/> ④胸部X線 <input type="checkbox"/> ⑤胃部X線<br><input type="checkbox"/> ⑥血圧 <input type="checkbox"/> ⑦糖代謝 <input type="checkbox"/> ⑧脂質 (LDLコレステロール・中性脂肪など) <input type="checkbox"/> ⑨肝機能 <input type="checkbox"/> ⑩尿酸<br><input type="checkbox"/> ⑪尿検査 <input type="checkbox"/> ⑫腎機能 <input type="checkbox"/> ⑬乳房 <input type="checkbox"/> ⑭子宮頸部 <input type="checkbox"/> ⑮視力・眼底・聴力<br><input type="checkbox"/> ⑯血液一般 (白血球数・赤血球数・ヘモグロビン その他)<br><input type="checkbox"/> ⑰節目健診時のPSA検査 (前立腺がん検査)<br><input type="checkbox"/> ⑱その他 ( ) |  |

※【要受診判定】健診機関の結果に【要精密検査・要治療・要再検査(緊急性の高い場合)】の二次検査の指示がある判定  
 ※要経過観察・要治療継続・治療中・数ヶ月后要再検査などは対象外

|        |              |                               |                   |                 |
|--------|--------------|-------------------------------|-------------------|-----------------|
| 二次検査内容 | 二次検査実施機関と受診日 | (実施機関)<br>令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 | 【要受診判定】<br>を受けた項目 | (※上記の①~⑱の数値を記入) |
|        | 二次検査実施機関と受診日 | (実施機関)<br>令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 | 【要受診判定】<br>を受けた項目 |                 |
|        | 二次検査実施機関と受診日 | (実施機関)<br>令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 | 【要受診判定】<br>を受けた項目 |                 |

【添付書類】◎医療機関の領収書(写)・診療明細書(写)  
 ◎健康診断等の結果表(写) ※【要受診判定】となった項目が記載された結果表

※三協立山(株) ST物流サービス(株) サンクリエイト(株) 協立アルミ(株) 三協テック(株)の方は、給与振込みとなるため下記の記入は不要です。

|         |   |                   |              |                |
|---------|---|-------------------|--------------|----------------|
| 振込先指定口座 | ▼三協化成(株) 三協興産(株) 三協設備サービス(株) SIS(株) 三協アド・サービス(株)の方は、申請者の口座へ振込みますので振込先を記入ください。 |                   |              |                |
|         | 金融機関名称  | 銀行 金庫 信組<br>農協 漁協 | 本店 支店<br>出張所 | 店舗番号           |
| 口座番号    | 普通  |                   | 口座名義         | ▼カタカナでご記入ください。 |