

健康診断費用の補助申請に関するご案内

法政大学健康保険組合及び法政大学は、毎年度、「5月1日現在健保加入かつ健診受診日に健保加入の方」に対して、健康診断「法政オレンジ健診」をご提供しております。そのため、5月2日以降に当健保に加入された方は、今年度は「法政オレンジ健診」をご受診いただくことができません。

つきましては、当健保加入後から2022年12月27日までの間に自費で健診をお受けになった方に対して、費用を補助しますので、下記の内容をご確認の上、当健保にご申請ください。

記

1. 補助対象となる方

2022年5月2日から2022年12月1日に当健保に加入した被保険者

2. 補助対象となる健康診断（以下の条件を全て満たす必要があります）

(1) 当健保加入日（※1）から12月27日までの間に、上記1. の被保険者本人が受診した健康診断である

※1 当健保加入前・資格喪失後に受診した健康診断は、補助対象外です。

(2) 当健保が指定した受診項目を含む健康診断とオプションに準ずるである（※2）

※2 指定の健診コース及びオプションは別紙のとおりです。

3. 補助金額 ※

- ・34歳以下の被保険者（※）： 実費（上限4,500円）
- ・35歳以上の被保険者（※）： 実費（上限24,000円）

※2023年3月31日時点のご年齢です。

4. 申請書提出期間 2022年6月1日から2023年1月13日

5. 申請方法

①健康診断費用の補助申請書（当健保指定様式）、②健診結果コピー、③領収証の原本（明細を含む）、を当健保にご提出ください（メール便、郵便、来室のいずれか）。

6. 補助金のお支払い

当健保が申請内容を精査し、受理した申請について、奇数月の月末、当健保が給与口座にお振込みします。特に振込通知等はありませんので、適宜、記帳等により振込内容をご確認ください。

7. 申請書提出先・お問い合わせ先

法政大学健康保険組合（開室：平日9:00-11:30、12:30-17:00。閉室：土日祝日・大学の一斉休暇中）

住所：〒102-0073 東京都千代田区九段北3-2-3 法政大学九段校舎7階

電話番号：03-3264-9595

法政大学健康保険組合理事長 殿

《 申請者 》

被保険者証 記号 _____ 番号 _____

被保険者氏名 _____

健康診断費用の補助申請書

下記のとおり、領収書の原本(明細を含む)及び健診結果の写しを添えて申請します。

健診受診者の氏名	健診受診年月日	費用(領収書に記載の金額を要記入)
	令和 年 月 日	領収書の金額 円
健診受診者の生年月日	下記の内容をご確認の上、レ点でチェックしてください。	
昭和 平成 令和 年 月 日	① <input type="checkbox"/> 当健保組合加入日から2022年12月27日までの間に受診した健診です。 ② <input type="checkbox"/> 当健保が指定した受診項目を含む健康診断・オプションに準ずるです。	

ご記入いただいた個人情報は、「法政大学健康保険組合が保有する個人情報の利用目的の公表について」に記載された目的以外には使用いたしません。

当組合 使用欄	補助金額	事務長	
	円		
	2022年3月31日時点の年齢	担当	
	歳		

指定の健診コース

受診対象者		被保険者	被保険者 被扶養者	
年齢(2023年3月31日時点での年齢)		34歳以下	35歳以上	
検査項目/健診コース名称		イーウェル 法定健診Bコース	イーウェル 生活習慣病健診 1コース	
診察	問診	問診票(特定健診必須4項目含む)	●	
		既往歴・業務歴	●	
	理学所見	自覚症状	●	
		他覚症状	●	
身体測定等	身長	●		
	体重	●		
	BMI	●		
	腹囲	●		
	血圧	●		
	視力	●		
胸部検査	胸部X線検査	●		
	喀痰検査	医師の指示による	医師の指示による	
聴力	オージオメーター(1000/4000)	●		
尿検査	尿糖(US)	●		
	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(RBC)	●	
		血色素(Hb)	●	
		ヘマトクリット(Ht)	●	
		血小板数(PLT/PL)	●	
		赤血球色素量(MCH)	●	
		赤血球色素濃度(MCHC)	●	
		赤血球容積(MCV)	●	
		白血球(WBC)	●	
	生化学検査	脂質	総コレステロール(T-Cho)	●
			中性脂肪(TG)	●
			HDL-cho	●
		肝機能	LDL-cho	●
			GOT(AST)	●
			GPT(ALT)	●
腎機能	γ-GTP(GGT)	●		
	尿酸(UA)	●		
	尿酸窒素(BUN)	●		
血糖	血清クレアチニン(CRE)	医師の指示による	●	
	空腹時血糖(BS)	●		
	グリコヘモグロビンA1c(HbA1c)	どちらか一つ以上の実施※	●	
心電図検査	12誘導	●		
眼検査	眼底検査(片眼以上)	●		
便潜血検査	2回法	無料オプションにて受診可	●	
胃部検査	胃部X線検査	●		
	胃部内視鏡検査	●		
超音波	腹部エコー検査	●		

【●】・・・必須の検査項目

【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(自己負担なし)

ただし医師の指示ではなく、受診者希望で受診した場合は、補助対象外です。

※検査項目の詳細は健診機関によって異なる場合がございます。

※健診機関の実施内容に基づきます。

無料オプション検査

オプション検査名称	年齢	性別	自己負担額	受診回数
子宮頸部細胞診検査	年齢制限なし	女性	なし	1回/年
マンモグラフィ検査	年齢制限なし	女性	なし	1回/年
乳房エコー検査				※1どちらか一方のみ受診可
胃部内視鏡検査への変更	35歳以上	不問	なし	1回/年 ^{※2}
便潜血検査	34歳以下	不問	なし	1回/年
骨密度検査	40歳以上	不問	なし	1回/年
前立腺がん検査(PSA)	50歳以上	男性	なし	1回/年

※1マンモグラフィ・乳房エコー検査はどちらか一方を受診してください。

両方の受診を選択する場合、乳房エコー検査の検査費用は全額自己負担となります。

※2「胃部X線検査」から「胃部内視鏡検査への変更」部分について、無料となります。それに派生する費用(例:生検追加等)は補助対象外となります。