

私学事業団人間ドック利用補助金請求書

| | | | | | | | | | | |
|---------|-----------------------------------------------------------------------|----------------|------|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|---|------|---------|-------------------------------------|
| 異動コード | 加入者等記号・番号 | | | | 加入者生年月日 | | | | | |
| | 県コード | 学種 | 学校番号 | 個人番号 | 枝番 | 20 | 3 | 年 | | 月 |
| 1541022 | 8 | | | | 00 | 昭和44 | | | | |
| 利用者 | 利用者名(フリガナ) | | | | 利用者生年月日 | | | | 加入者との続柄 | |
| | | | | | 27 | 3 | 年 | 月 | 日 | 34 1本人 2被扶養者 |
| 人間ドック区分 | | 利用料金額(消費税分を除く) | | | 受診日(開始日) | | | 利用施設 | | |
| 40 | 1 1泊2日以上人間ドック 4 日帰りの人間ドック(2日通院含む) | 41 | | | 47 | 5 | 年 | 月 | 日 | 55 1 契約施設 2 契約外施設 3 東京臨海病院 |
| 学校法人等 | 所在地 | 〒 | | | 上記のとおり相違ないので請求します。 令和 年 月 日 日本私立学校振興・共済事業団 理事長 殿 | | | | | |
| | 名称 | | | | 学校法人等電話番号 - - | | | | | |
| | 代表者名 | 殿 | | | 基準検査項目を満たす人間ドックを自己負担にて受診し、健診施設に直接費用を支払いましたので、上記のとおり請求します。 令和 年 月 日 日本私立学校振興・共済事業団 理事長 殿 (必ず署名してください。印字・氏名印や被扶養者の署名は不可です。) | | | | | |
| | ※任意継続加入者の方は、「所在地欄」に住所を「代表者名」に加入者氏名を、「学校法人等電話番号」に連絡のとれる電話番号の記入をお願いします。 | | | | 加入者氏名 _____ | | | | | |

※消失するペンは使用できません。※必ず裏面をお読みください。(ダウンロードした場合は記入例をお読みください)

※下記の検査項目を満たさない場合は補助対象になりませんので、必ず受診してください。
(健診施設へのお願い)お手数ですが下欄に領収金額を記載してください。(領収書原本添付可。ただし、受診内容が記載されているもの。)記載した内容を訂正する場合は、健診施設印または健診施設の代表者印の押印が必要です。

(発行日) 令和 年 月 日

領収証明書

殿

領収金額 円(税込)

私学事業団の検査項目を全て満たす 1泊2日以上人間ドック 日帰りの人間ドック(2日通院含む) の利用料金として上記の金額正に領収したことを証明します。

(注) 該当の□印に✓印を付けてください。

(受診日) 令和 年 月 日 ~ 月 日

内訳 ※内税の場合も消費税額をご記入ください。

| 検査名 | 受診料 | 消費税 |
|--------|------|------|
| 人間ドック | (税別) | |
| 任意追加検査 | | (税別) |
| | | (税別) |
| | | (税別) |
| | | (税別) |
| | | (税別) |
| 合計 | (税別) | |

所在地

健診施設名

代表者名

連絡先

(基準検査項目一覧表(令和7年4月現在)) 日帰り、1泊2日以上共通

| 検査項目 | 区分 | 備考 | 検査項目 | 区分 | 備考 |
|-----------|----------------|-------------|----------|-------------|----------------|
| 身体計測 | 身長 | | 血清学 | C R P | 定量法 |
| | 体重 | | | 血液型(ABO,Rh) | *7 |
| | 肥満度 | *1 | H B s 抗原 | *7 | |
| | B M I | | 尿便 | 尿一般・沈渣 | *8 |
| | 腹囲 | | | 潜血 | 免疫法で実施(2日法) *9 |
| 生理 | 血圧測定 | 原則2回測定値と平均値 | 医療面接 | *10 | |
| | 心電図 | | 医師診察 | *11 | |
| | 心拍数 | *2 | 結果説明 | *12 | |
| | 眼底 | 両眼撮り | | | |
| | 視力 | | | | |
| 超音線波 | 聴力 | 簡易聴力 | | | |
| | 呼吸機能 | *3 | | | |
| | 胸部 X 線 | 2方向(胸部CT可) | | | |
| | 上部消化管 X 線 | *4 | | | |
| | 腹部超音波 | *5 | | | |
| 生化学 | 総蛋白 | | | | |
| | アルブミン | | | | |
| | クレアチニン | | | | |
| | e G F R | | | | |
| | 尿酸 | | | | |
| | 総コレステロール | | | | |
| | HDL-コレステロール | | | | |
| | LDL-コレステロール | | | | |
| | Non-HDLコレステロール | *6 | | | |
| | 中性脂肪 | | | | |
| | 総ビリルビン | | | | |
| | G O T | | | | |
| G P T | | | | | |
| γ - G T P | | | | | |
| A L P | | | | | |
| 血液学 | 血糖(空腹時) | | | | |
| | H b A 1 c | | | | |
| | 赤血球 | | | | |
| | 白血球 | | | | |
| | 血色素 | | | | |
| ヘマトクリット | | | | | |
| M C V | | | | | |
| M C H | | | | | |
| M C H C | | | | | |
| 血小板数 | | | | | |

※1. BMIを実施していれば省略可。
 ※2. 心電図を実施していれば省略可。
 ※3. 1秒率,%1秒量(対標準1秒量)。
 ※4. 食道・胃・十二指腸,4ツ切等8枚以上(胃カメラ可)。
 ※5. 検査対象臓器は肝臓(脾臓を含む)・胆のう・膵臓・腎臓・腹部大動脈とする。但し、脾臓検出できない時はその旨記載すること。
 ※6. 総コレステロールとHDLコレステロールを両方実施していれば省略可。
 ※7. 本人の申し出により省略可。
 ※8. 蛋白・尿酸・潜血など。沈渣は、蛋白、潜血反応が陰性であれば省略可。
 ※9. 大腸カメラ可。
 ※10. 医療職が担うこと(原則、医師・保健師・看護師とする)。問診票(質問票)は、特定健診対象者には特定健診質問票2項目を含むこと。
 ※11. 胸部聴診・頭部・腹部触診など。診察・説明は、施設の実情を踏まえた効率的な運用を認める。なお、原則として医師による診察と結果説明は別々に行うこと。
 ※12. 医師が担うこと。受診勧奨、結果報告書、特定健康診査対象者には情報提供をする。診察・説明は、施設の実情を踏まえた効率的な運用を認める。なお、原則として医師による診察と結果説明は別々に行うこと。
 (その他補助となる主な任意追加検査項目)
 上記の検査項目の人間ドックと同時に受診した場合、次のような任意追加検査についても補助対象に含まれます。任意追加検査を受けた場合は、すべての項目について内訳の記入を受けてください。(一部補助の対象とならない検査もあります。)ただし、補助額は補助上限額の範囲内に限られます。
 *脳ドック検査 *HCV抗体検査
 *CT検査 *HIV抗体検査
 *MRI検査 *骨密度検査
 *消化管内視鏡検査 *乳がん検査
 (上部・下部) *喀痰検査
 *各種腫瘍マーカー *梅毒反応

※受診日に40歳(当該年度中に達する人を含みます)から74歳までの被扶養者及び任意継続加入者については、添付書類として標準的な質問票及び健診結果記入票(私学共済ホームページ[様式用紙等のダウンロード]又は本事業団から送付する「特定健診元気ガイド」)に用紙があります。)が必要です。

■目的

私学事業団(以下、事業団という。)の人間ドック利用費用補助事業は、加入者等が自己の健康管理のために自己負担で人間ドックを利用した場合に対して補助を行う(補助金を支給する)事業です。学校法人等に対する補助事業ではありませんので、学内の健康診断や教職員の健康管理などは、補助の対象になりません。

■補助対象者

人間ドック受診日において、満35歳以上の加入者(任意継続加入者を含む)、被扶養者、及び75歳以上の教職員(注)

(注)後期高齢者医療制度の適用を受けることにより、私学共済制度の短期給付の適用を受けなくなった人で、引き続き勤務されている教職員(被扶養者は除く)も対象になります。

■補助の対象となる人間ドック

表面の「基準検査項目」をすべて実施する人間ドックを自己負担にて受診し、費用を直接健診施設に支払った場合に補助対象となります。検査項目が不足している場合は補助の対象となりませんのでご注意ください。

■補助回数

補助対象者一人につき4月1日から翌年3月31日を1年度として、毎年度に1回に限りです。

■人間ドック受診施設

人間ドックを受ける健診施設については特に指定はありませんが、事業団では人間ドックの健診施設と利用契約を結び、一部の健診施設を除き割引料金で利用することができます。(私学共済事業ホームページ参照[私学事業団のご案内>福祉事業>割引情報>契約施設検索])事業団と契約していない健診施設で人間ドックを受ける場合は、表面の「基準検査項目一覧表」の検査項目をすべて検査できることを、あらかじめ利用を予定されている健診施設に確認してから健診を受けてください。(検診車で実施する人間ドックは補助の対象とはなりません。)

■添付書類

受診日に40歳(当該年度中に達する人を含みます)から74歳までの被扶養者及び任意継続加入者については、添付書類として標準的な質問票(※)及び健診結果記入票(※)が必要です。

(※)私学共済ホームページ[様式用紙等のダウンロード]又は事業団から送付する「特定健診元気ガイド」に用紙があります。

■任意継続加入者への送金先

任意継続加入者への補助金は、あらかじめ本人が私学事業団に届け出ている本人の登録口座に送金します。

■記入例

資格確認書及び資格情報のお知らせ等に記載されている記号・番号を記入してください。

人間ドックを受けた人の名前、生年月日を記入してください。

該当する番号を○で囲んでください。

学校法人等の所在地、名称及び代表者名を記入してください。なお、任意継続加入者の場合は「所在地欄」に住所を「代表者名」に加入者の氏名を、「学校法人等電話番号」に連絡のとれる電話番号を記入してください。

この欄に証明が得られない場合は、健診施設発行の領収書(受診者名・受診日・健診内容・金額等明記)を添付してください。なお、領収書の写し、レシートは認められません。健診内容が確認できない場合は検査結果の写し等をご提出いただく場合があります。

| 私学事業団人間ドック利用補助金請求書 | | | | | | | | | |
|--------------------|-------------------------|----------------------------|---|---|---------|---|---|---------|------|
| 資格コード | 加入者等記号・番号 | 加入者生年月日 | | | 利用者生年月日 | | | 加入者との続柄 | |
| 1541022 | 1:3 F 9:9:9:0:0:5:2:0:0 | 平成 | 4 | 0 | 7 | 2 | 4 | 1 | 本人 |
| 利用者 | 利用者名(フリガナ) | 加入者生年月日 | | | 加入者との続柄 | | | | |
| | 私学 花子 | 平成 | 4 | 4 | 0 | 5 | 0 | 3 | 被扶養者 |
| 人間ドック区分 | 利用料金(消費税分を除く) | 受診日(開始日) | | | 利用施設 | | | | |
| 1 1泊2日以上人間ドック | 0 4 6 0 0 0 | 令和 | 6 | 4 | 0 | 6 | 4 | 0 | 1 |
| 所在地 | 〒113-8441 文京区湯島1-7-5 | 学校法人等電話番号 03 - 3813 - 5321 | | | 利用施設 | | | | |
| 名称 | PMAC幼稚園 | 代表者名 | | | 加入者氏名 | | | | |
| 代表者名 | 共済 一郎 | 私学 太郎 | | | | | | | |

| 領収証明書 | | |
|---------|--------|-------|
| 私学 花子 殿 | | |
| 領収金額 | 50,600 | 円(税込) |
| 人間ドック | 38,000 | 3,800 |
| HCV抗体検査 | 3,000 | 300 |
| 婦人科検査 | 3,000 | 300 |
| 骨密度検査 | 2,000 | 200 |
| 合計 | 46,000 | 4,600 |

| 検査名 | 受診料 | 消費税 |
|---------|--------|-------|
| 人間ドック | 38,000 | 3,800 |
| HCV抗体検査 | 3,000 | 300 |
| 婦人科検査 | 3,000 | 300 |
| 骨密度検査 | 2,000 | 200 |
| 合計 | 46,000 | 4,600 |

年月日欄は、2マス用いて記入し、1マスで足りる場合は前に0(ゼロ)を記入してください。

利用料金は消費税を除く金額を右づめで記入し、余白は0(ゼロ)でうめてください。

学校法人等電話番号に連絡のとれる電話番号を記入してください。

加入者の署名です。印字・氏名印や被扶養者の署名は不可です。

消費税額を必ず記入してもらってください。

※下記の検査項目を満たさない場合は補助対象になりませんので、必ず受診してください。(検査結果等のお問い合わせは、健診施設印または健診施設の代表者印の押印が必要です。)

※消費税率は令和6年4月1日現在(令和7年4月1日現在)の税率を記載しています。

※この欄に証明が得られない場合は、健診施設発行の領収書(受診者名・受診日・健診内容・金額等明記)を添付してください。なお、領収書の写し、レシートは認められません。健診内容が確認できない場合は検査結果の写し等をご提出いただく場合があります。

追加検査の検査名が全部記入されているか確認してください。

人間ドックの検査と「同日」に「同じ医療機関」で受診した場合が補助の対象です。