小松製作所健康保険組合行

受付　　年　　月　　日		
専務理事	事務長	担当

2025年度
特定健康診査,生活習慣病
健診実施補助申請書

申請日 ＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日

担当者名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

事業所名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

担当者部署名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代表者名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

直通 or 内線 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

メールアドレス ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

健診実施日（年月日）		健診機関名		
健診実施対象者	39歳以下(35歳を除く)　名	35歳　名	40歳以上　名	合計　名
健診受診者	39歳以下(35歳を除く)　名	35歳　名	40歳以上　名	合計　名

●健保指定の健診項目を受診したものに対し補助いたします。
●補助申請書は健診機関ごとに作成し記入漏れがないようにお願いします。
●受診項目の受診者数・単価が記載されている実施健診機関の請求書・領収証・見積書のコピーを必ず添付ください。
（各項目について受診者数の明細が表記されているものがあれば添付ください。）
●毎月5日までに届いた申請書は、当月末に指定口座に振込み予定です。

振込銀行（必ず記入ください）	フリガナ＿＿＿＿＿＿＿＿銀行　フリガナ＿＿＿＿＿＿＿＿支店 普通　or　当座 口座番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿ 名　　義 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ フリガナ ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※小松製作所健康保険組合記入欄

小松製作所健康保険組合 補助決定額	円

2025.4.1 現在

●血液検査実施項目表

区　分	項　目	実施有無 （実施項目に〇）
脂質	総コレステロール（T-Cho）	
	中性脂肪（TG）※	
	HDLコレステロール（HDL-C）	
	LDLコレステロール（LDL-C）	
肝機能	GOT（AST）	
	GPT（ALT）	
	γ－GTP（GGT）	
	総ビリルビン（T-Bil）	
糖代謝	血糖（BS）※	
	ヘモグロビンA1c（HbA1c）	
腎機能	尿素窒素（BUN）	
	クレアチニン（Cr）	
痛風	尿酸（UA）	
血液一般	赤血球（RBC）	
	ヘモグロビン（Hb）	
	ヘマトクリット（Ht）	
	白血球（WBC）	
	血小板（Plt）	

※原則、空腹時で実施（ただし、随時、食直後血糖も可とする）

●受診人数表

年齢区分	項　目				受診人数
全年齢	問診（喫煙歴，服薬歴ほか）				
39歳以下（35歳除く）	血液検査				
35歳・40歳以上	血液検査				
40歳以上	胃部検査 ・1～4 の何れか１つ ・4 を選択した場合 ①②のいずれか または両方でも可	1	X線（レントゲン）		
		2	内視鏡（カメラ）		
		血液検査	3	ABC検診（PG＋ピロリ菌）	
			4	①ペプシノーゲン（PG法）	
				②ピロリ菌	
	大腸がん	便潜血2回法			
50歳以上男性	前立腺がん	血液検査	PSA		

年齢は2026年4月1日現在で換算

2025.4.1 現在

小松製作所健康保険組合行

年　　月　　日

健診結果・問診結果インプット確認書兼依頼書

事業所名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

担当者名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

健康診断が終了しましたので、個人別の健康診断結果・問診結果を送付いたします。
個人別の健康診断結果・問診結果をインプット願います。

注）下記の確認項目を必ずチェックしてから提出ください。
不備の場合は受付できませんのでご注意ください。

健診機関名	健診実施日	インプット人数
		名
		名
		名
		名

【電子データのチェック欄】

確認項目	（確認したら〇）
ラベルに事業所名が明記されているか	
ラベルに健診機関名が明記されているか	
ラベルに健診実施日が明記されているか	
ラベルに作成されているデータ数（健診受診者）が明記されているか	
【一部事業所】BOX へのアップを確認して健保へ連絡を行っているか	

【紙ベースのチェック欄】 ※①～③で記載がない場合は各担当者にて記載ください

確認項目	（確認したら〇）
①氏名が記載されているか	
②生年月日が記載されているか	
③記号・番号が正しく記載されているか	
④問診結果は記載されているか **※作成されていない場合は健診機関へ作成を依頼ください** **（問診未作成での提出不可）**	

2025.4.1 現在