

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								
1541022		県コード	学種	学校番号	個人番号	校番	20	3	昭和	年	月	日			
		8				0 0		4	平成						
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	昭和	年	月	日	34	1 本人 2 被扶養者	
									4	平成					
人間ドック区分				利用料金額(消費税を除く)			受診日(開始日)					利用施設			
40	1 1泊2日以上の間ドック			41				47	5	令和	年	月	日	55	1 契約施設 2 契約外施設 3 東京臨海病院
4 日帰りの人間ドック(2日通院含む)															
学校法人等	所在地	〒 03-8882 東京都板橋区加賀1丁目18番1号					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 渡辺学園					学校法人等電話番号 03-3961-1629								
	代表者名	理事長 井上俊哉 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

{

☐ 泊2日以上の間人ドック
☐ 日帰りの間人ドック(2日間通院含む)

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✓印を付してください。

(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)	
		(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	
身体計測	身長		
	体重	*1	
	BMI		
	腹囲	固定	
生理	血圧測定	原則2回測定値と平均値	
	心電図		
	心拍数	*2	
	眼底	眼底撮り	
	聴力		
	聴覚能力	簡易聴力	
	呼吸機能	*3	
超音波	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	
	総蛋白		
	アルブミン		
	クレアニン		
	eGFR		
	尿酸		
	総コレステロール		
	HDLコレステロール		
生化学	LDLコレステロール		
	Na/HDLコレステロール	*6	
	中性脂肪		
	総ビリルビン		
	GOT		
	GPT		
	γ-GTP		
	AST		
	血糖(空腹時)		
	HbA1c		
血液学	赤血球		
	白血球		
	血色素		
	ヘマトクリット		
	MCV		
	MCH		
	MCHC		
検査項目	尿蛋白・糖・沈渣	*8	
	便潜血	便潜血検査法*9	
	尿蛋白	*10	
	医師診察	*11	
	結果説明	*12	
	*1. RMTを実施しては省略可。		
	*2. 心電図を実施しては省略可。		
	*3. 1秒率、%1秒量(対標準1秒量)。		
	*4. 食道・胃・十二指腸、42均等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。胆し、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は省略可。			
*7. 本人の申し出により省略可。			
*8. 蛋白・尿潜血・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. 医療機関によること(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22項目を含むこと。			
*11. 胸部聴診、頭部・頸部聴診など、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. 医師が担当すること。受診動機、結果報告書、特定健診診療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。			
〈その他補助となる任意追加検査項目〉			
左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臓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。			
*頸ドック検査	*HIV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(上部・下部)	*乳がん検査		
*各種腫瘍マーカー	*喀痰検査		
	*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。

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。

(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。

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回に限ります。

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。)

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。

[illegible]