

☆<申請書A>を使用する場合は、事前に実施医療機関等へ必ず確認をお願いいたします。
申請期限は令和9年3月24日組合到着分までです。

常務理事	事務長	担当者

令和8年度 人間ドック・がん検診実施補助金支給申請書

(千葉県内医療機関実施用)

令和 年 月 日

<申請書A>を使用する場合、検査結果等は実施医療機関から医師国保組合へ直接報告されることについて同意しているものとします。

千葉県医師国民健康保険組合理事長 様

◎被保険者記入欄 (受診する方が事前に記入し、受診する医療機関等へ提出します。)

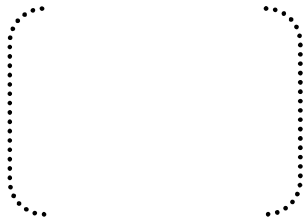
医療機関所在地		記号・番号	
医療機関名称		千医国 .	
事業主名			
受診した被保険者	ふりがな	生年月日	年齢
		昭和 年 月 日 平成	歳

◎人間ドック実施医療機関様記入欄

・ご請求の際は、必ず「健診結果表」「請求書等」および「組合所定の特定健康診査等質問票」の添付をお願いします。

ドックを実施した医療機関	所在地名称								
	特定健診機関として 社会保険診療報酬支払基金への登録	☐ 登録している ☐ 登録していない	登録している場合は実施機関番号 (10桁)						
受診年月日	令和 年 月 日 (泊 日) 【令和9年2月28日実施分まで】								
総費用額	総費用額 (人間ドックの実施総費用額)		¥						
請求金額	補助金申請額(¥60,000を上限とする)		¥						
振込先	金融機関・支店名	銀行		支店	店番号				
	口座種別	普通・当座	口座No.						
	フリガナ								
	口座名義								

組合記入欄	●肺がん □胸部X線検査 □胸部X線検査・喀痰細胞診 ●大腸がん □便潜血検査 ●胃がん □胃内視鏡検査 □胃部X線検査 ●子宮頸がん □子宮頸部の細胞診 ●乳がん □乳房X線検査			
	特	¥	件	
	ド	¥	振	¥
	が	¥	種	□特 □組 □配 □家
	計	¥	本	¥



＜申請書A＞をご申請される医療機関様へ

この度の当組合被保険者にかかる人間ドック等につきましては、格段のご配慮を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、令和8年度「人間ドック・がん検診補助金支給申請」については、以下のとおりとさせていただきますので、ご担当者様におかれましては大変お忙しいことと存じますが、ご理解ご協力の程宜しくお願い申し上げます。

※令和9年3月1日以降に実施される方につきましては、申請用紙の年度を書き換えてご利用くださいますようお願い申し上げます。

＜補助金申請額の算定＞

第1種組合員、第1種特別組合員及び左記組合員の配偶者は60,000円が補助上限額です。補助上限額（60,000円）を超えた部分については、受診者から徴収してください。

（例1） 総費用 75,000円の場合

医師国保組合への申請額 60,000円

受診者からの徴収 15,000円

（例2） 総費用 48,000円の場合

医師国保組合への申請額 48,000円

受診者からの徴収 0円

※いずれの場合も、保険診療や住民検診で実施した検査等は、補助の対象外となりますのでご注意ください。

＜検査等の項目＞

○受診者に対し、「特定健康診査の基本的な健診項目」を満たした人間ドック等を実施されますようお願い申し上げます。（PET健診・脳ドック等実施の場合も同様です。）

○特定健診の基本的な健診項目が欠如している場合は、補助金支給の対象外となる旨を組合員に通知しております。

＜提出書類＞

◎「申請書A」

◎「請求書若しくは領収書」

◎「健診結果表」（実施した各種検査内容及び数値が※すべてわかるもの、コピー）

◎「特定健康診査等質問票」 当組合所定のもの、または同等内容のもの

※健診項目及び数値、並びに質問票の回答内容を黒塗りしたりする等、当組合で内容の確認のできないものは受付できません。

◇この申請書は「第1種組合員」「第1種特別組合員」及び「左記組合員の配偶者」以外の方は使用できません。ご理解ご協力の程宜しくお願い申し上げます。
なお、ご不明な点などございましたら、当組合までお問い合わせください。

～お問い合わせ・送付先～
千葉県医師国民健康保険組合
〒260-0026
千葉市中央区千葉港4-1
電話 043-242-4273

☆実施期間は令和9年2月28日実施分まで。
申請期限は令和9年3月24日組合到着分までです。

常務理事	事務長	担当者

令和8年度 人間ドック・がん検診実施補助金支給申請書

令和 年 月 日

千葉県医師国民健康保険組合理事長 様

医療機関 所在地 名称 事業主名			記号・番号			
			千医国 .			
受診した 被保険者	ふりがな		生年月日		年齢	
			昭和 平成	年 月 日	歳	
受診した 医療機関	所在地					
	名称					
受診年月日	令和 年 月 日 (泊 日) 【令和9年2月28日実施分まで】					
総費用額	総費用額 (人間ドックの実施費用額)		¥			
振込先	金融機関・支店名	銀行		支店	店番号	
	口座種別	普通・当座	口座No.			
	フリガナ					
	口座名義					

○ご申請には【申請書B】・【健診結果表】・【領収書】・【特定健康診査等質問票】が必要です。
○令和9年3月1日以降に受診される方につきましては、申請用紙の年度を書き換えてご利用くださいますようお願い申し上げます。

※ご申請に際し必ず裏面をお読みください

組合 記入欄	●肺がん □胸部X線検査 □胸部X線検査・喀痰細胞診 ●大腸がん □便潜血検査			
	●胃がん □胃内視鏡検査 □胃部X線検査			
	●子宮頸がん □子宮頸部の細胞診 ●乳がん □乳房X線検査			
	特	¥	件	
	ド	¥	振	¥
	が	¥	種	□特 □組 □配 □家
	計	¥	本	¥



<申請書B>でご申請される組合員の皆様へ

令和8年度「人間ドック・がん検診補助金支給申請」については、以下のとおりとさせていただきます。
皆様におかれましては大変お忙しいことと存じますが、ご理解ご協力の程宜しくお願い申し上げます。

<補助金申請額の算定>

第1種（特別）組合員とその配偶者は60,000円、第2種組合員と家族は30,000円が補助上限額です。補助上限額を超えた部分については、ご自身の負担となります。

なお、がん検診1項目ごとに2,000円、最大10,000円補助上限額が引き上げとなります。

(例1) がん検診(肺がん、胃がん)実施の場合

総費用 75,000円

補助金支給金額(第1種組合員) 64,000円

自己負担 11,000円

(例2) がん検診未実施の場合

総費用 75,000円

補助金支給金額(第1種組合員) 60,000円

自己負担 15,000円

※いずれの場合も、保険診療や住民検診で実施した検査等は、補助の対象外となりますのでご注意ください。

<検査等の項目>

○「特定健康診査の基本的な健診項目」を満たした人間ドック等を実施されますようお願い申し上げます。
(PET 健診・脳ドック等実施の場合も同様です。)

○特定健診の基本的な健診項目が欠如している場合は、補助金支給の対象外となります。

○補助上限額引き上げ対象のがん検診は【肺がん】【胃がん】【大腸がん】【子宮頸がん】【乳がん】になります。
対象検査につきましてはP4～5 申請にかかるQ&A「A10.」をご確認ください。

<提出書類>

◎「申請書B」

◎「受診した医療機関等が発行した領収書」(コピー)

◎「健診結果表」(実施した各種検査内容及び数値が*すべてわかるもの、コピー)

◎「特定健康診査等質問票」当組合所定のもの、または同等内容のもの

※健診項目及び数値、並びに質問票の回答内容を黒塗りしたりする等、当組合で内容の確認のできないものは受付できません。

<注意事項>

○実施した医療機関が発行した健診結果表を添付していただいても結構です。なお、ご提出いただいた健診結果表は原則ご返却できませんので予めご了承ください。

○申請内容等について、当組合より受診者ご本人または実施医療機関へお問い合わせさせていただく場合がありますので予めご了承ください。

○2名以上まとめてご申請される場合

振込先口座が同じであれば、1枚目に振込先口座をご記入いただければ結構です。

～お問い合わせ・送付先～

千葉県医師国民健康保険組合

〒260-0026

千葉市中央区千葉港4-1

電話 043-242-4273

健診結果表（健診実施医療機関より交付された健診結果表でもご申請いただけます）

【申請期限：令和9年3月24日組合到着分まで】HP

フリガナ					記号・番号							
受診者氏名					千医国・							
生年月日	S・H	年	月	日	歳	性別	男・女					
実施医療機関							☐ 自院 ☐ 他院					
受診年月日	令和 年 月 日【令和9年2月28日実施分まで】											
登録健診 機関番号	☐ 登録あり ☐ 登録なし	実施機関番号 (10桁)										

①【必須】基本的な健診項目

項目		基準値	結果	
身体計測	身長			cm
	体重			kg
	B M I	18.5 ～ 24.9		
	腹囲	M85/F90		cm
血圧	収縮期血圧	130 未満		mm Hg
	拡張期血圧	85 未満		mm Hg
血中脂質検査	空腹時中性脂肪	150 未満		mg/dl
	随時中性脂肪	175 未満		mg/dl
	HDL- コレステロール	40 以上		mg/dl
	LDL- コレステロール*	120 未満		mg/dl
	Non-HDLコレステロール*	150 未満		mg/dl
肝機能検査	A S T (G O T)	30 以下		U/L
	A L T (G P T)	30 以下		U/L
	γ - G T (γ - G T P)	50 以下		U/L
血糖検査 ※何れかで可	空腹時血糖	100 未満		mg/dl
	随時血糖	100 未満		mg/dl
	HbA1c (NGSP 値)	5.6 未満		%
尿検査	尿糖	－	1.－ 2.± 3.+ 4.++ 5.+++	
	尿蛋白	－	1.－ 2.± 3.+ 4.++ 5.+++	

* LDLコレステロールについては、中性脂肪が400mg/dl以上又は食後採血の場合はNon-Hdlコレステロールの測定に代えることが可能です。

<裏面へ続く>

令和8年度千葉県医師国民健康保険組合被保険者用

<表面の続き>

②【任意】詳細な健診項目

項目		基準値	結果	
貧血	赤血球数			万/mm ³
	血色素量	M13.0/F12.0		g/dl
	ヘマトクリット			%
心電図	異常所見	□なし □あり ()		
眼底	異常所見	□なし □あり ()		
腎機能	血清クレアチニン	M1.00以下/F0.70以下		mg/dl
	eGFR	60以上		ml/min/1.73m ²

③【任意】基本的な健診項目以外の検査 ※検査結果のわかる書類等の添付でも結構です。

検査名	結果	料金 (円)
【例】胸部X線	異常なし	1,200

④【必須】総合所見

他覚症状(身体所見)	□なし □あり ()
医師の所見(判定)	
メタボリックシンドローム判定	□ 基準該当 □ 予備群該当 □ 非該当
医師の氏名	
⑤費用合計【自院のみ】	¥

特定健康診査等質問票

令和 年 月 日

記号・番号				氏名	フリガナ
記号	千医国	番号			

質問項目		回 答(該当する方に○)
既往歴	①なし ②あり(病名:)	
自覚症状	①なし ②あり(症状:)	
他覚症状	①なし ②あり(症状:)	
1-3	現在、aからcの薬の使用の有無	
1	a. 血圧を下げる薬	①はい ②いいえ
2	b. 血糖を下げる薬又はインスリン注射	①はい ②いいえ
3	c. コレステロールや中性脂肪を下げる薬	①はい ②いいえ
4	医師から、脳卒中(脳出血、脳梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	①はい ②いいえ
5	医師から、心臓病(狭心症、心筋梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	①はい ②いいえ
6	医師から、慢性腎臓病や腎不全にかかっているといわれたり、治療(人工透析など)を受けていますか。	①はい ②いいえ
7	医師から貧血といわれたことがある。	①はい ②いいえ
8	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 ※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、条件1と条件2を両方満たす方 条件1: 最近1ヶ月間吸っている 条件2: 生涯で6ヶ月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている	①はい(条件1と2を両方満たす) ②以前は吸っていたが、最近1ヶ月間は吸っていない(条件2のみ満たす) ③いいえ(①②以外)
9	20歳の時の体重から10kg以上増加している。	①はい ②いいえ
10	1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2回以上、1年以上実施。	①はい ②いいえ
11	日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施。	①はい ②いいえ
12	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い。	①はい ②いいえ
13	食事を噛んで食べる時の状態はどれにあてはまりますか。	①何でも噛んで食べることができる ②歯や歯ぐき、噛み合わせなど気になる部分があり、噛みにくいことがある ③ほとんど噛めない
14	人と比較して食べる速度が速い。	①速い ②ふつう ③遅い
15	就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ある。	①はい ②いいえ
16	朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取していますか。	①毎日 ②時々 ③ほとんど摂取しない
17	朝食を抜くことが週に3回以上ある。	①はい ②いいえ
18	お酒(日本酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度はどのくらいですか。 (※「やめた」とは、過去に月1回以上の習慣的な飲酒歴があった方のうち、最近1年以上酒類を摂取していない方)	①毎日 ②週5～6日 ③週3～4日 ④週1～2日 ⑤月に1～3日 ⑥月に1日未満 ⑦やめた ⑧飲まない(飲めない)
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量 日本酒1合(アルコール度数15度・180ml)の目安: ビール(同5度・500ml)、焼酎(同25度・約110ml)、ワイン(同14度・約180ml)、ウイスキー(同43度・60ml)、缶チューハイ(同5度・約500ml、同7度・約350ml)	①1合未満 ②1～2合未満 ③2～3合未満 ④3～5合未満 ⑤5合以上
20	睡眠で休養が十分取れている。	①はい ②いいえ
21	運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いますか。	①改善するつもりはない ②改善するつもりである(概ね6ヶ月以内) ③近いうちに(概ね1ヶ月以内)改善するつもりであり、少しずつ始めている ④既に改善に取り組んでいる(概ね6ヶ月未満) ⑤既に改善に取り組んでいる(6ヶ月以上)
22	生活習慣の改善について、これまでに特定保健指導を受けたことがありますか。	①はい ②いいえ

※この質問票は、ご申請の際必ず申請書に添付して下さい。

令和 8 年度健診等事業の実施について

I 健診事業の実施について

【1. 実施目的】

千葉県医師国保組合に加入する被保険者が、高齢者医療確保法に定める「特定健康診査検査項目」を含めた人間ドック等を実施し、被保険者自身が「健康保持増進」「疾病の早期発見」「生活習慣病等予備群の把握」に努めることを目的とし、組合はその健診費用の一部に対し補助金を交付するものです。

【2. 実施期間】 令和 8 年 3 月 1 日実施分から令和 9 年 2 月 2 8 日実施分まで

【3. 申請受付】 令和 9 年 3 月 2 4 日 到着分まで

【4. 対 象 者】 受診日時点において 1 8 歳以上の千葉県医師国保加入者全員

【5. 補助金の支給対象となる健診等】

対象となるもの

◇「特定健康診査の基本的な健診項目」が含まれた人間ドック等

◇がん検診（肺がん・胃がん・大腸がん・乳がん・子宮頸がんの 5 項目）

※下記検査のみががん検診の補助上限額の引き上げ対象となります。

【肺がん】「胸部 X 線検査」または「胸部 X 線検査及び喀痰細胞診」【大腸がん】「便潜血検査」

【胃がん】「胃内視鏡検査」または「胃部 X 線検査」

【乳がん】「乳房 X 線検査」

【子宮頸がん】「子宮頸部の細胞診」

対象とならないもの

◇「特定健康診査の基本的な健診項目」が未実施または欠如している健診等

◇医師の方がご自身に対し健診・診断した場合（自己健診）

◇お住まいの市町村が実施する住民検診等の自己負担分

◇保険診療で実施した検査や診断及びその他妥当でないと判断したもの

【6. 健診等実施から補助金支給までの流れ】

①健診機関にご予約（自院実施の場合を除く。）



②健診機関で人間ドック等を実施。

健診等費用は、受診時に全額お支払いいただきます。[注 1]



③健診実施後、「申請書」「健診結果表」「特定健康診査等質問票」「領収書等」を添えてご申請ください。



④組合は、申請された内容を確認し補助金を支給いたします。

[注 1] 千葉県内の一部の健診機関では、組合員ご了解の下、健診機関から直接請求していただける場合もございます。

なお、補助上限額を超えた健診等費用の差額は、窓口でお支払いください。

【7. 補助金支給上限額及び使用する申請様式の種類】

ご申請は年度内1人1回となります。

なお、特定健康診査のみ実施した場合の補助金額は、原則として「千葉県医師会特定健康診査・特定保健指導委託単価内訳書」に準拠することとします。

組合員種別	続柄	人間ドック等 補助限度額	使用する 申請書
第1種組合員 ・ 第1種特別組合員	本人・配偶者	・人間ドック（60,000円） ・*がん検診（1項目2,000円）	<申請書A> <申請書B>
第2種組合員	本人・家族	・人間ドック（30,000円） ・*がん検診（1項目2,000円）	<申請書B>

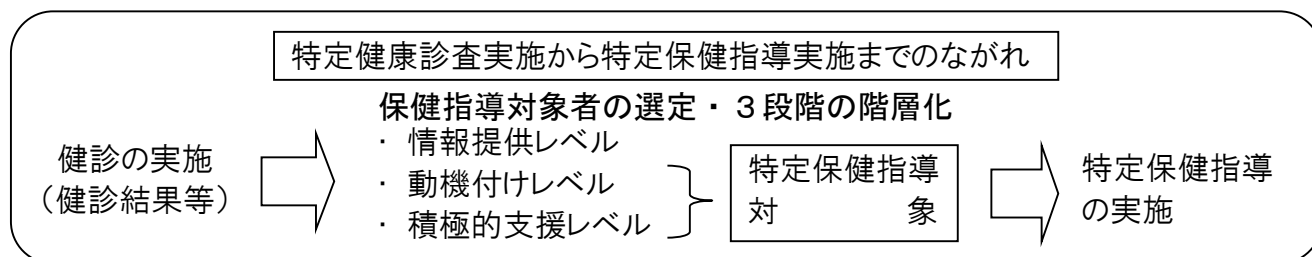
※該当のがん検診1項目ごとに2,000円ずつ補助上限額が引き上げとなります。

- <申請書A> 健診実施機関が補助上限額までの費用を当組合に直接請求するための申請書（千葉県内実施分に限る）
 なお、がん検診を実施し、総費用が補助上限額を超えた方は、後日組合よりご連絡させていただきます。
- <申請書B> 受診者が費用の全額を一旦支払い、後日償還払いを受けるための申請書（千葉県内外を問わない）

■「第2種組合員」に配布しております「令和8年度保健事業のご案内」には、
 <申請書A>は入っておりませんので予めご了承ください。

Ⅱ 特定保健指導の実施について

40歳以上の方の健診結果等を特定保健指導への階層化を行い、「特定保健指導」が必要と認められた方には、特定保健指導を実施いたします。



<特定保健指導の種類>

「情報提供」

- ・生活習慣病の特性や生活習慣の改善に関する基本的な理解を支援。
- ・健診結果の提供に合わせて、全員個別のニーズ、生活習慣に即した情報を提供。

「動機付け支援」

- ・生活習慣の改善に対する個別の目標を設定し、自助努力による行動変容が可能となるような動機付けを支援。

「積極的支援」

- ・準備段階に合わせて個別の目標を設定し、具体的で実現可能な行動の継続を支援。

<特定保健指導の費用>

特定保健指導を受けた方の自己負担はありません。

申請等にかかるQ & A

Q 1. 人間ドック等費用補助の対象者について教えてください。

A 1. 人間ドック（もしくは健診）を実施した日において千葉県医師国保組合に加入しており、年齢が18歳以上の方。

※75歳以上の配偶者及び家族並びに第2種組合員の方は、75歳の誕生日の翌日を以って当組合を離脱することとなり、75歳の誕生日以降に実施した健診等につきましては、大変申し訳ございませんが補助の対象外となりますので予めご了承ください。

Q 2. 人間ドックは第1種組合員、第1種特別組合員と第2種組合員で補助金額が異なりますが、私はどこに該当しますか。

A 2. 第1種組合員…医師 第1種特別組合員…75歳以上の医師 第2種組合員…医師以外の従業員 家族…医師以外の家族

Q 3. 私は現在35歳です。いわゆる「特定健診」の対象者とはなりませんが、それでも特定健康診査の基本的な健診項目を満たさなければなりませんか。

A 3. この健診事業は、当組合の加入者自身が健診を習慣づけていただき、その健診結果が、生活習慣の見直しや、疾病の早期発見・治療に繋がることを目的に実施しております。よって、特定健康診査の基本的な健診項目は必須となりますのでよろしくお願いいたします。

Q 4. 従業員に対し、人間ドックではなく健康診断を受診させようと考えていますが、補助対象となりますか。

A 4. 特定健康診査の基本的な健診項目を満たしていれば、30,000円を上限に補助金額を支給させていただきます。

Q 5. 従業員に対し自院で健診を実施したいと考えておりますが、設備の都合上、全ての項目を実施することができません。実施できない項目については他の医療機関等で実施しようと考えていますが、申請はできますか。

A 5. できます。その場合は、他の医療機関等の領収書及び健診結果がすべて揃ってから、自院の健診結果等とあわせて一度にご申請ください。数回に分けてのご申請はできませんのでご注意ください。

※実施した検査等が自院・他院問わず「保険診療」となっていた場合や、市町村等で実施している各種がん検診等の自己負担分については補助支給の対象となりませんのでご了承ください。

Q 6. 人間ドック（もしくは健診）を実施期間外（令和9年3月1日以降）に実施した分はどうなりますか。

A 6. 実施期間を過ぎたものにつきましては次年度申請分とさせていただきます。なお、次年度申請分は6月以降の支給となりますので予めご了承ください。

Q 7. 添付する健診結果表は、千葉県医師国保組合所定の用紙以外でもよいですか。

A 7. 実施した医療機関が発行した「健診結果表」（コピー）を添付していただいても結構です。なお、ご提出いただいた申請書及び健診結果表等は原則ご返却できませんので予めご了承ください。

Q 8. 「特定健康診査のみ実施した場合の補助金額は、原則として『千葉県医師会特定健康診査・特定保健指導委託単価内訳書』に準拠する」とありますが、それぞれいくらでしょうか。
A 8. 本年度の特定健康診査料金は以下の通りとなります。(税込み) ○基本項目…9,360 円 ○貧血検査…899 円 ○心電図検査…1,430 円 ○眼底検査…1,232 円
Q 9. がん検診の申請を考えておりますがどのように申請すればよいでしょうか。
A 9. 人間ドック等と併せて組合へご申請ください。 なお、がん検診のみのご申請はお受けすることができませんのでご注意ください。
Q10. 補助の対象となるがん検診の検査及び補助上限の引き上げ額を教えてください。
A10. 補助対象となる検査は下記の検査のみとなります。 【肺がん】「胸部X線検査」または「胸部X線検査及び喀痰細胞診」【大腸がん】「便潜血検査」 【胃がん】「胃内視鏡検査」または「胃部X線検査」【乳がん】「乳房X線検査」 【子宮頸がん】「子宮頸部の細胞診」 ○該当のがん検診1項目ごとに2,000円ずつ人間ドックの補助上限額が引き上げとなり、 最大で10,000円の引き上げとなります。(第1種組合員、第1種特別組合員及び左記配偶者 最大70,000円、第2種組合員及び家族 最大40,000円)
Q11. がん検診としてCT検査や超音波検査を受診しましたが、がん検診実施として補助上限額引き上げの対象となりますか。
A11. なりません。がん検診の補助上限額の引き上げ対象の検査は上記「A10.」に記載の検査のみとなります。
Q12. 市町村が実施しているがん検診を受診した場合、自己負担分は補助の対象となりますか。
A12. 市町村が実施しているがん検診は住民検診となりますので、補助の対象外となります。 全額、自費で実施した検査が補助の対象となります。
Q13. 人間ドックで新型コロナウイルス感染症にかかるPCR検査や抗原検査を受けたいのですが補助の対象となりますか。
A13. なりません。なお、抗体検査は補助の対象となります。
Q14. 申請用紙や健診結果表等が足りない場合はどうすればよいでしょうか。
A14. お手数ではございますが、配布しました所定の申請書等をコピーしていただくか、当組合へお問い合わせください。また、当組合ホームページよりダウンロードすることも可能です。 ホームページアドレスは https://www.chiba-ishikokuho.or.jp/ です。

<参考> 受診する医療機関等について

受診する医療機関等については、受診者の方が、県内外問わず自由に選択することができます。

参考までに、「特定健康診査・特定保健指導」を実施している機関を検索できるサイトをご紹介します。（掲載医療機関等での実施だけが補助対象とするものではございません。）

○社会保険診療報酬支払基金

<https://www.ssk.or.jp>

「医療機関・薬局・訪問看護ステーションの方」→「その他」「特定健診・特定保健指導・事業者健診等関係業務」→「特定健診・特定保健指導機関検索」

○千葉県保険者協議会

<https://chibaken-hokensyakyougikai.jp>

「特定健診について」→「実施機関一覧表」→「千葉県医師会」

～お問い合わせ先～

千葉県医師国民健康保険組合

千葉市中央区千葉港4-1

電話 043-242-4273

ホームページアドレス

<https://www.chiba-ishikokuho.or.jp>