***平成31年度　健診のご案内（40歳以上　配偶者用）***

滋賀県農協健康保険組合

　ご自身が該当する状況、もしくは希望する受診医療機関や健診の種類・オプション検査の有無などを決めて下さい。（**受診方法は４つあります**。どれか1種類の助成となります）

パート先で、健康診断を受けていませんか？！

結果表の提出で特定健診を受診したことになり、

クオカード（1000円分）を進呈いたします！

うら面　②　番をごらんください！

1. JA厚生連（バス健診）受診を希望される方

健診内容・受診日・会場については各事業所（JA等）の健康保険担当者に

ご確認いただき、ご希望の受診コースを決定してください。

　　**申込先：各事業所（JA等）担当者にご希望の受診コースと会場（日程）を申し**

**込みしてください。申込確定次第、健康保険組合より受診券を送付します。**

***！***受診当日は必ず**保険証**と**受診券**をご持参下さい。

　受診券の提示がない場合、健診料金の全額を一旦お支払いただきます。

厚生連健診負担金

|  |  |
| --- | --- |
| **健　診　種　類　・　料　金** | **負　担　金** |
| **基　本　健　診** | **Bコース　　20,600円** | **本人負担：10,600円****健保負担：10,000円** |
| **JAドック　　30,900円** | **本人負担：16,900円****健保負担：14,000円** |
| **特定健診コース6,200円** | **本人負担：　　 0円****健保負担： 6,200円** |
| **オプション検査****（Bコース・JAドック****受診で、希望される方）** | **子宮がん検診（女性）** | **全額健保負担** |
| **乳腺超音波検診（女性）** | **どちらか一つ選択受診** | **全額健保負担** |
| **マンモグラフィ（女性）** | **全額健保負担** |
| **PSA（前立腺がん検査）****(50歳以上男性)** | **全額健保負担** |

　***！***子宮がん検診については、平成31年11月～平成32年1月頃に厚生連にて実施予定。

 ***！***乳腺超音波検診とマンモグラフィーはどちらか一方の受診となります。

　***！***マンモグラフィーの実施時期については、事業所担当者または、厚生連に

お問い合わせください。

1. パート先で、健診（定期健康診断）を受診されている方

パート先での健診結果のコピーをご提出いただきますと、粗品（クオカード1000円分）を

プレゼント致します。

（健診内容が、特定健診項目全てを受診していることが条件です）

　添付しております**所定の書式（「事業主健診」結果提出届）**と健診結果を合わせて各事業所健康保険担当（各ＪＡの総務課など）にご提出ください。

**事業主健診結果及び質問票の提出期限**：**平成32年2月末日（健保必着）**

1. 健康保険組合契約医療機関（病院）で生活習慣病予防健診の受診を希望される方

　**病院健診申込書入手先及び申込先：各事業所（JA等）担当者**

**申込期日：5月末日までにご提出ください。**

***！***基本健診とオプション検査の脳・肺ドックとピロリ菌検査が健保組合の定額助成です。

***！***オプション検査については実施機関が指定されております。

窓口で負担金が発生致しますのでご了承ください。

　***！***受診当日は必ず**保険証**と**受診券**をご持参下さい。

　　受診券の提示がない場合、検診料金の全額を一旦お支払いただきます。

　***！***受診可能期間は**2月末日迄**です。

病院健診個人負担金は、各病院によって異なります。（各事業所にお問い合わせください）

1. 自主的に病院にて受診された方

**償還払い制度**をご利用下さい。

各事業所担当者（各ＪＡの総務課など）に**所定の書式（「被扶養配偶者特定健康診査助成申請書」）**がございますので、お問い合わせください。

　助成申請書に健診結果と質問票の写しと領収書（原本）を添付の上、申請をお願いします。

 ***！***健診内容が特定健診項目全てを受診していることが条件です。

 ***！***特定健診項目分のみの助成となります。

 ***！***助成金額は健保組合所定の金額です。（**上限6,000円**）

　　　　　　　　　**償還払い制度の申請期限は平成32年2月末日迄（健保必着）**

被扶養配偶者用

事業主健診（定期健康診断及び雇入れ時健康診断）結果提出届

平成　　　年　　月　　日

滋賀県農協健康保険組合　理事長　様

　　　　高齢者医療確保に関する法律により、健康保険組合より事業主健診結果の提出を

求められましたので、健康診査結果及び質問票を提出します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被保険者証 | 記号 | 番号 |
| 受診者氏名（被扶養配偶者） | フリガナ |
|  |
| 受診日 | 平成　　　　年　　　　月　　　　日 |

同意書

提出しました全健診結果は、滋賀県農協健康保険組合の特定健診・特定保健指導

　　　事業及び健康管理を目的とした保健事業に利用することを了承します。

　　　　　　　　　　　　　　被扶養配偶者署名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（自筆の場合、押印不要）

****