

《重要》
必ずお読みください

みずほ健康保険組合
保健事業グループ

【人間ドック等の受診方法変更について】

「みずほけんぽニュース2026年春号 8～9ページ」に掲載の通り、来年2027年4月1日より人間ドック等の受診方法が一部変更になります。

つきましては下記2点の変更点をご確認のうえ、各種補助金支給申請書の中段「受診方法変更に関する確認」欄にご署名いただきますようお願いいたします。

～2027年4月1日以降の変更点～

1. 契約医療機関以外で受診した場合、補助対象外となります（以下の健診）

- ①人間ドック ②胃がん検診（内視鏡検査） ③大腸がん検診（内視鏡検査）
- ④婦人科検診 ⑤胃がんリスク検診（ABC 検診）

※これにともない、現行の「費用を全額立替払い後、各種補助金支給申請書を当組合へ提出し、補助金を受給する方法」は今年度を以って廃止となります。

2. 脳ドックの補助金制度が廃止となります。

人間ドックのオプションとして頭部MRI、頭部MRA、頭部CTスキャン、頸動脈エコー等を受診することは可能です。ただし補助上限超過分については自己負担になります。

以上

2026.05

人間ドック補助金支給申請書 その1

みずほ健康保険組合 御中

被 保 険 者	事業所及び 所属店名	行内メール番号: <small>任意継続者と特例退職者は記入不要です。</small>		氏 名	◎印
	記号・番号	—			
					勤務先電話 ()
受 診 者	郵便番号	—	住 所		
	氏 名	(続 柄)		生年月日	昭・平 西暦 年 月 日 (満 歳)
	携帯電話 (受診者)	()		受診日	年 月 日 ~ 日

[受診方法変更に関する確認]

※記入漏れの場合申請書をお戻しさせていただく場合がございます

人間ドック補助金支給申請書による申請(立替払い)が来期以降廃止となり、今回を以って
最終利用となることを理解しました。

年 月 日

氏名(自署):

受診者様記入欄

[検査結果]

※オプションとして受診された場合必ずチェックをご記入ください

肺がん検診(CT・X線) 異常なし <input type="checkbox"/> 要精密検査 <input type="checkbox"/>	胃がん検診(内視鏡) 異常なし <input type="checkbox"/> 要精密検査 <input type="checkbox"/>	大腸がん検査(内視鏡) 異常なし <input type="checkbox"/> 要精密検査 <input type="checkbox"/>
--	--	---

※注意事項

- 受診資格は30歳以上の被保険者・被扶養者の方です。
- すべての健康保険組合は、40歳から74歳までの加入者を対象に「特定健診・特定保健指導」を実施することが、法律で義務付けられています。
対象年齢に該当する方は、特定健診項目を必ず受診していただきますようお願いいたします。
(特定健診は、生活習慣病の「予防」を目的とした健診です。)
- 「受診項目すべての健診結果票(写し)」と「人間ドック補助金支給申請書その2」を添付し、ご受診後60日以内にみずほ健康保険組合 保健事業グループ宛に送付してください。
- 申請書は受診者毎に必要です。
申請書が不足する場合はコピーするか、みずほ健保HP内、申請書類一覧「健診」から印刷して使用してください。
- 同時に婦人科検診を受診した場合は「婦人科検診受診票兼補助金支給申請書」も送付してください。
ただし、婦人科検診が人間ドックコースに含まれる等、金額がわからない場合は不要です。
- 「脳ドック」「けんぽ共同健診」「特定健診」「胃がん検診」と同一年度内に重複して補助金の支給申請は出来ません。

みずほ健康保険組合事務処理欄			
健保支給額	¥	伺決定支給日	年 月 日

人間ドック補助金支給申請書 その2

被保険者証 記号一番号	—	受診者氏名	
----------------	---	-------	--

下記の質問項目についてご回答下さい。

	質問項目	回答
1-3	現在、aからcの薬を飲んでいますか。	
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」とは、条件1と条件2を両方満たす者である。 条件1：最近1か月間吸っている 条件2：生涯で6か月以上吸っている、又は合計100本以上吸っている)	① はい(条件1と条件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日30分以上の軽く汗をかき運動を週2日以上、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	食事をかんで食べる時の状態は、どれにあてはまりますか。	① 何でもかんで食べることができる ② 歯や歯ぐき、かみあわせなど気になる部分があり、かみにくいことがある ③ ほとんどかめない
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者のうち、最近1年以上酒類を摂取していない者)	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)	① 1合未満 ② 1～2合未満 ③ 2～3合未満 ④ 3～5合以上 ⑤ 5合以上
20	睡眠で休養が十分とれている。	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せんか。	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か月以内) ③ 近いうちに(概ね1か月以内)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(6か月未満) ⑤ 既に改善に取り組んでいる(6か月以上)
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

[領 収 書 原 本 貼 付 欄]

※領収書は、宛名に受診者氏名が明記してある原本を貼付してください。

(但書き欄の表記は不可)

※領収書には、ドック費用総額とその内訳として特定健診費用の金額を記載してもらってください。

同時に婦人科検診を受診した場合は、その費用の金額を記載してもらってください。

※婦人科検診が人間ドックコースに含まれる等、金額がわからない場合は人間ドック補助金制度のみが適用になります。婦人科検診補助金制度は適用されません。

右側枠線内に貼付してください

各種健診補助金支給申請必要書類等チェックリスト

補助金支給申請時にご利用ください。チェックリストのご提出は不要です。

健診種類	必要書類・注意事項	チェック欄
人間ドック	1. 人間ドック補助金支給申請書 その1 ※[検査結果]について丸で囲んでください。	
	2. 人間ドック検査費用領収書（原本） ※領収書に特定健診費用の記載があることを確認してください。 ※宛名に受診者氏名が記載されていることを確認してください。 （但書き欄の表記は不可）	
	3. 人間ドック検査結果票（写し） ※身体測定を含む検査項目すべての数値が記載されているものです。	
	4. 人間ドック補助金支給申請書 その2	
脳ドック	1. 脳ドック補助金支給申請書 ※[検査結果]について丸で囲んでください。	
	2. 脳ドック検査費用領収書(原本) ※宛名に受診者氏名が記載されていることを確認してください。(但書き欄の表記は不可)	
胃がんリスク 検診 (ABC検診)	1. 胃がんリスク検診補助金支給申請書	
	2. 申請書に医療機関の検査費用領収証明を受けてください。 証明がない場合は胃がんリスク検診費用領収書(原本)を添付してください。 ※宛名に受診者氏名が記載されていることを確認してください。 (但書き欄の表記は不可)	
	3. 胃がんリスク検診結果票(写し) ※胃がん検診(胃部内視鏡検査)補助金制度を受けるには結果登録が必要です。必ず添付してください。	
胃がん検診	1. 胃がん検診(胃部内視鏡検査)補助金支給申請書 ※保険診療でないことを確認してください。 ※[検査結果]について丸で囲んでください。	
	2. 申請書に医療機関の検査費用領収証明を受けてください。 ※証明がない場合は胃がん検診費用領収書(原本)を添付してください。 ※宛名に受診者氏名が記載されていることを確認してください。(但書き欄の表記は不可) ※市区町村のがん検診費用を申請する場合は料金が明記されているものも領収書と併せて添付してください。	
婦人科検診	1. 婦人科検診受診票兼補助金支給申請書(乳がん・子宮がん検診) ※[検査結果]について丸で囲んでください。 ※領収書に検査項目が記載されていない場合は、申請書の医療機関記入欄に記載してもらってください。	
	2. 乳がん・子宮がん検査費用領収書(原本) ※保険診療でないことを確認してください。 ※宛名に受診者氏名が記載されていることを確認してください。(但書き欄の表記は不可) ※領収書と明細書を併せてご提出ください。また市区町村のがん検診費用を申請する場合は料金が明記されているものも添付してください。	
大腸がん検診 (大腸内視鏡検査)	1. 大腸がん検診補助金支給申請書 ※[検査結果]について丸で囲んでください。	
	2. 大腸がん検診費用領収書(原本) ※保険診療でないことを確認してください。 ※宛名に受診者氏名が記載されていることを確認してください。(但書き欄の表記は不可) ※市区町村のがん検診費用を申請する場合は料金が明記されているものも領収書と併せて添付してください。	

申請書送付先 : 〒100-8176 東京都千代田区大手町1-5-5 大手町タワー24F
みずほ健康保険組合 保健事業グループ 宛

行内メールをご利用の場合は【行内メール番号：150000】とご記載ください。

※ご受診後60日以内にご申請ください。

ただし、婦人科検診の乳がんと子宮がんを別々に受診した場合は、最終受診日から60日以内です。