

(健康 使用 欄)	常務理事	事務局 局長	事務局 次長	担当 課長	係	係	資格 照合	決裁	・	・
								摘要		
	決定額	¥								

保健事業補助金支給申請書

【注】人間ドックの受診期日は、受診年度の2月末日までになります。ご注意ください。

申請は、申請区分ごとに年度1回限り。申請期限はすべて3月31日組合必着です。

川口工業健康保険組合 理事長 殿

下記のとおり実施したので、関係書類を添えて申請いたします。

なお、事業所を経由して補助金が支給されることを了承いたします。

令和 年 月 日

保険証記号 - 番号 _____

事業所名(勤務先名) _____

被保険者氏名 _____

受診者氏名 _____

受診者生年月日 昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 年齢 (_____ 歳)

日中の連絡先 Tel _____

健診必須項目 (すべて実施により補助金支給)

- 質問票(服薬歴、喫煙歴等)
- 身体計測(身長、体重、BMI、腹囲)
- 理学的検査(身体診察)
- 血圧測定
- 尿検査(尿糖、尿蛋白)
- 血液検査
〔脂質〕中性脂肪、HDLコレステロール、
LDLコレステロール
〔糖代謝〕HbA1cまたは空腹時血糖
〔肝機能〕GOT、GPT、γ-GTP

①申請するものについて必要事項をご記入ください。

費用(合計)	円(税込)				
医療機関名称	医療機関が複数ある場合は				
医療機関所在地	一か所のみ記入で差し支えありません。				
申請区分	健診の種類	受診日	健診料金	精密検査や事後処置の指示等の回答欄 要の方は、必ず医療機関を受診してください。	健保使用欄
ドック ※いずれか 1つ	人間ドック	/	円	要 (年 月 受診済・予定)	
	脳ドック	/	円	要 (年 月 受診済・予定)	
自治体 がん	前立腺がん	/	円	要 (年 月 受診済・予定)	
	大腸がん	/	円	要 (年 月 受診済・予定)	
	胃がん	/	円	要 (年 月 受診済・予定)	
	肺がん	/	円	要 (年 月 受診済・予定)	
	乳がん	/	円	要 (年 月 受診済・予定)	
	子宮がん	/	円	要 (年 月 受診済・予定)	
自治体 歯科	歯科健診	/	円	要 (年 月 受診済・予定)	

②<<添付書類>> ご準備出来たものに✓をご記入ください。

添付のもの場合は申請書一式 ご返却いたします。	支給申請書 (本紙)	領収書 (原本)※1	健診結果 (全てコピー)	質問票 40歳~74歳	健診条件・年齢・金額 等確認書類※2	受付印
人間ドック 脳ドック	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
自治体がん検診 自治体歯科健診	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	

※1 領収書についてはすべて原本のみの添付となります。予めご了承願います。但し、確定申告で必要な場合はご相談ください。

※2 自治体から送付される「がん検診などの受診券」のハガキや「がん検診のご案内」・自治体ホームページより印刷したもの等(コピー可)

	人間ドック・脳ドック	自治体がん	自治体歯科
対象者	受診日当日に当組合の資格を有する35歳以上の方	自治体等が定めた規定に該当する方	自治体等が定めた規定に該当する方
補助額	健診料金総額の5割、上限23,000円	上限5,000円	上限1,000円

◎健診結果より生活改善の必要な方には、保健指導のご案内をお送りいたします。

◎この申請による補助金は、事業所を経由して支給いたします。(任継の方は、任継手続時の指定口座に振込みます。)

◎個人情報につきましては、当健保組合の個人情報保護管理規程に則り管理され、目的以外に使用することは致しません。