

(健 保 使 用 欄)

常務理事	事務局 局長	事務局 次長	課長	係長	係	資格 照合	起案	・	・
							決裁	・	・
決定額		¥				摘要			

保健事業補助金支給申請書

①申請する際は、申請区分(ドック・自治体がん検診・自治体歯科検診)ごとに受診者1人1枚ご記入ください。

医療機関名称									
医療機関所在地									
医療機関電話番号	TEL	-	-	《注意》複数の医療機関の場合はいずれか1つご記入ください。					
費用(合計)	円(税込)								
川口工業健康保険組合 理事長 殿 上記のとおり実施したので、関係書類を添えて申請します。									
●押印廃止に伴う確認欄 (確認後、確認欄に✓をご記入下さい。)									
<input type="checkbox"/> 事業主を代理人として健康保険組合より支給される補助金の受取方の件を委任いたします。(任継の方は、左の□欄は記入不要)									
<input type="checkbox"/> 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。									
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 平成	年	月	日	該当年齢 (歳)				
日中の連絡先	TEL	-	-						

○特定健診必須項目○

- 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

②申請するものに✓をし、必要事項をご記入ください。【申請区分ごとに1人1枚の申請書を作成。年度1回限り】

✓欄	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要・不要回答欄 要の方は、必ず医療機関を受診してください。	
<input type="checkbox"/>	ドック ※注1 いずれか1つ	人間ドック	/	円	要	(年 月受診済・予定) / 不要
<input type="checkbox"/>		脳ドック	/	円	要	(年 月受診済・予定) / 不要
<input type="checkbox"/>	自治体がん検診	前立腺がん	/	円	要	(年 月受診済・予定) / 不要
		大腸がん	/	円	要	(年 月受診済・予定) / 不要
		胃がん	/	円	要	(年 月受診済・予定) / 不要
		肺がん	/	円	要	(年 月受診済・予定) / 不要
		乳がん	/	円	要	(年 月受診済・予定) / 不要
<input type="checkbox"/>	自治体歯科	歯科検診	/	円	要	(年 月受診済・予定) / 不要

③《添付書類》ご準備出来たものに✓し、添付書類を必ず添付してください。

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)	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※注2
人間ドック	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/
脳ドック	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
自治体がん検診	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
自治体歯科検診	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

受付印

対象者 人間ドック： 受診日当日に当健保の資格を有する35歳以上の方 自治体がん・歯科： 自治体等が定めた規定に該当する方

※注1 人間ドック・脳ドックの申請はいずれかになります。又、特定健康診査項目が含まれていることをご確認ください。
人間ドック・脳ドックの対象受診期間は、健診年度の2月末日受診分までとなります。(自治体分は3月末日受診分まで)
◎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。

尚、領収書については、原本のみの添付となります。予めご了承願います。

※注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)

◎申請期限は、健診年度末3月31日組合必着です。

◎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。)

◎補助額上限は、ドック 20,000円、自治体がん検診 5,000円、自治体歯科検診 1,000円(いずれも100円未満切捨)となります。

◎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。