

## 健康診査等補助金支給申請書

提出日 令和 年 月 日

被保険者証の記号・番号	被保険者氏名		
-	(フリガナ)		
被保険者住所		連絡先電話番号	
〒			
受診者氏名		生年月日	
		昭和 平成	年 月 日
		本人・家族	
受診日	令和 年 月 日		
医療機関名			
受診コース	・ 人間ドック ( 日帰り ・ 1泊2日 ) ・ 脳ドック ・ 健康診断 ・ 生活習慣病健診 ・ その他		
オプション			
被保険者名義振込口座 ※契約外医療機関で受診した場合、記入してください			
銀行	支店	(普)	

### 契約医療機関記入欄

健 診 料	円	利用者負担金	円
		健保組合負担金	円

- 契約医療機関(人間ドック・脳ドック)で受診する場合、必ず保険証を提示してください。
- 契約外医療機関で受診した場合、全額を窓口でお支払いください。受診後、申請書に領収書の原本(受診者名明記)を添付して提出してください。

◎ 特定健診対象者(40歳以上)の方の健診結果は特定保健指導に使用させていただきます。  
 契約医療機関で受診した場合は、医療機関から特定健診結果が健保組合に送付されます。  
**契約外医療機関で受診した場合は、結果表の写しを提出してください。**

\* 結果表に下記項目が記されていない場合、ご回答ください。

- |                       |       |        |
|-----------------------|-------|--------|
| 1. 現在、以下の薬を服用していますか   |       |        |
| ・ 血圧を下げる薬             | 1. はい | 2. いいえ |
| ・ インスリン注射または血糖を下げる薬   | 1. はい | 2. いいえ |
| ・ コレステロールを下げる薬        | 1. はい | 2. いいえ |
| 2. 現在、たばこを習慣的に吸っていますか | 1. はい | 2. いいえ |
| 3. 既往歴の有無             | 1. 有  | 2. 無   |
| 4. 自覚症状の有無            | 1. 有  | 2. 無   |

◆ 申請書に記載された個人情報については、個人情報保護法を遵守し、目的以外に使用いたしません。