

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				本人 ・ 家族			
				昭和 平成 年 月 日							
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、マイナ保険証等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。