

特定健康診査補助金申請書



下記のとおり申請いたします。

※太枠内をご記入ください。

申請日：令和 年 月 日

申請者 (被保険者)	記号		番号	
	被保険者 氏名			
振込先 *被保険者名義に限ります。	銀行・信用金庫		支店	
	普通口座番号			
	口座名義 (カタカナ)			

医療機関名			
受診年月日	令和	年	月 日
受診者氏名	本人・被扶養者		
生年月日	昭和	年	月 日 (歳)
健診費用	円	喫煙習慣 ※〇印をつけて下さい。 あり・なし	

必須検査項目(全項目受診ください。)	
①質問票(既往歴、服薬歴、喫煙歴等) ②身体計測(身長、体重、BMI、腹囲) ③血圧測定 ④理学的検査(身体診察) ⑤検尿(尿糖、尿蛋白) ⑥血液検査・脂質検査(中性脂肪、HDL コレステロール、LDL コレステロール) ・血糖検査(空腹時血糖またはHbA1c) ・肝機能検査(GOT、GPT、γ-GTP)	

【添付書類】①領収書(原紙) ※宛名は個人名でご依頼ください。

②健診結果(写) ※必須項目全てのコピーをお送りください。

【提出先】デサント健康保険組合 (すべての書類が届きましたら、補助金をお支払いいたします。)

【注意事項】心電図と胸部X線検査は対象外です。

必須項目以外を受診された場合は、人間ドック扱いとなり3割が自己負担となります。

【支払日】毎月月末までに健康保険組合に到着し、内容が確認されたものについては、翌月末日(金融機関が休日等の場合は前営業日)に振込みます。

(健保記入欄)

補助金	円 (全額健保負担)	結果受取	㊞
-----	------------	------	---