



セールスコーディネーター生活習慣病健診補助金申請書

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	Ⓜ (シャチハタ可)		
	生年月日	昭和・平成	年	月 日 (歳)
	被保険者住所	〒 —		
振込先 *被保険者名義に限ります。	銀行・信用金庫		支店	
	(銀行コード)	(支店コード)		
	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
受診項目 ※○印をつけて下さい。	胃がん(カメラまたはバリウム) ・ 腹部エコー ・ 眼底 ・ 前立腺がん(PSA)		
健診費用(総額)	円	喫煙習慣	※○印をつけて下さい。 あり・なし

○遠方にお住まい等で、提携医療機関で受診できない方が対象です。

○胃カメラと胃バリウムはどちらかを選択ください。また、便潜血検査は必須項目ですので、必ず受診ください。

○補助金申請書・領収書(原紙)・健診結果(写)をまとめて管轄の健康管理室へご提出ください。

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。(領収書の宛名は、個人名でご依頼ください。)

○補助金は、総額から自己負担額を控除した額とします。

※ 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。

検査項目	自己負担額
■定期健康診断(必須)	なし
■生活習慣病健診(任意) ①胃がん(カメラまたはバリウム)	1,000 円 (選択制)
②腹部エコー	1,000 円
③眼底検査(両眼)	なし
④前立腺がん(PSA) *50歳以上の男性のみ	

(健保記入欄)

個人負担 控除額	▲	円	補助金	円	会社 請求	Ⓜ	結果 受取	Ⓜ
-------------	---	---	-----	---	----------	---	----------	---