

ヤンマー健康保険組合理事長 殿

### 被扶養者 生活習慣病健診 補助申請書

下記の通り生活習慣病健診・婦人科健診を受診致しましたので、補助を申請します。

申請者	被保険者証 記号番号	1 - 90 -	所 属	ヤンマー・特機・小形・任継 ( )
	被保険者 氏名	(印)		
	振込先 (被保険者名義)	銀行		支店
		フリガナ 普通・当座 No.	口座名義	
受診者	氏 名		生年月日	S . . H . .
	医療機関名		受診年月日	H . . H . .

- ※生活習慣病健診補助申請は、領収証（原本）と健診結果表（写）の提出をお願い致します。  
個人情報については、厳重な管理を行います。補助上限額は、6,000円（消費税込）です。
- ※婦人科健診補助申請には、領収書（原本）と検査項目が分かる明細等を添付ください。  
全額補助になります。婦人科健診は、人間ドック受診時に一緒に受診いただくことも可能です。
- ※保険診療分（保険証を提示し10割負担した場合）については健診補助できませんので、ご了承願います。

<p>・特定健診「受診券」は使用しましたか？ 1. はい（受診日： / ） 2. いいえ</p> <p>↓受診した項目に○印をしてください</p>			
生活習慣病健診	特定健診	1. 問診（服薬歴、喫煙歴等） 2. 診察 3. 身体測定（身長・体重・腹囲） 4. 血圧 5. 血液検査（血中脂質、肝機能、血糖） 6. 尿（尿糖、尿蛋白） 7. 貧血検査 8. 心電図 9. 眼底検査（7.8.9は医師が必要と認めた場合のみ受診可）	
	その他	1. 視力・聴力 2. 胸部X線（直接） 3. 胃X線（間接） 4. 腎機能（尿素窒素・クレアチニン） 5. 便潜血	
受診に要した費用 (受診者負担)		円	補助申請額 円
婦人科健診	↓受診した検査の該当項目に○印をしてください		
	1. 乳癌検査（エコーor マンモグラフィどちらか一方 ※重複受診はできません） 2. 子宮頸癌検査		
受診に要した費用		円	補助申請額 円