

## 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 . .	

※生活習慣病健診補助申請は、領収証（原本）と特定健診結果表（写）の提出をお願い致します。補助額は、6,000円限度（消費税含む）です。

※婦人科健診補助申請には、健診内容がわかる領収書（原本）を添付ください。40才以上は全額補助（H29年度～）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。

（海外受診の場合は日本で受診したときと同等の額までの補助となります。翻訳を添付してください。）

<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 ↓受診した項目に○印をしてください</p>			
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		
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 6. その他（ )		
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. 乳癌健診（エコー・マンモグラフィどちらか一方 ※重複受診はできません） 2. 子宮癌健診		
	受診に要した費用	円	補助申請額 円

※個人情報については、漏えいしない厳重な管理を行います。

※保険診療分（保険証を使用した場合）については健診補助できませんのでご了承願います。