

平成 年 月 日

ヤンマー健康保険組合理事長殿

任意継続被保険者 生活習慣病健診補助申請書

下記の通り生活習慣病健診を受診致しましたので、補助を申請します。

被保険者証記号番号	90-		
受診者氏名 (被保険者)	(印)	生年月日	S . . H . .
住 所 電話番号	〒 Tel () -		
医療機関名		受診年月日	H . .

※領収書と健診結果表(写)を添付してください。

振込先	銀行	支店
普通・当座	フリガナ	
No.	口座名義	
<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>↓受診された生活習慣病健診受診項目(特定健診項目を含む)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. 血中脂質(中性脂肪・HDL・LDL) 6. 肝機能(GOT・GPT・γ-GTP) 7. 血糖(空腹時血糖もしくはHbA1C) 8. 尿(糖・蛋白) 9. 貧血検査(血色量・赤血球数) 10. 心電図 11. 眼底検査	
その他	12. 視力・聴力 13. 胸部X線撮影(直接) 14. 胃部X線撮影(間接) 15. 腎機能(尿素窒素・クレアチニン) 16. 便潜血 17. その他()	
受診に要した費用 (受診者負担)	円	補助申請額 円

<特記> 生活習慣病健診補助額は、12,000円(消費税込み)限度です。

平成20年4月より「特定健診」が始まり、特定健診項目が制定されました。

特定健診データは、法に基づき健康保険組合で保管・管理をすることになりました。健診結果など個人情報、漏えいしない厳重な管理を行います。又、目的外の使用はいたしません。