

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(原本)と健診結果表(写)を添付してください。

※生活習慣病健診補助上限額は、12,000円(消費税込)です。

| | | | |
|---|--------------|---|------------|
| 振込先 | 普通・当座 No. | 銀行 フリガナ 口座名義 | 支店 |
| ・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。 | | | |
| 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(血色素量・赤血球数) 10. 心電図 11. 眼底検査 ※9. 10. 11 は医師が必要と認めた場合のみ受診可 | |
| | 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 | |
| 受診に要した費用 (受診者負担) | | 円 | 補助申請額 円 |

<特記> 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。
 健診結果などの個人情報、厳重な管理を行います。又、目的外の使用はいたしません。