

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。【申請日 年 月 日】

申請者	被保険者証 記号番号	90-		
	被保険者氏名	男・女		
	住所	〒		
	振込先 (被保険者名義)	銀行・農協	支店	
		フリガナ 普通/当座 No.	口座名義	
医療機関名		受診年月日	R . .	R . .

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

↓受診した検査項目に○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 3. 胃X線 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	円	補助申請額	円
----------	---	-------	---

□添付書類：領収書(原本)、検査項目が分かる明細(写)、健診結果表(写)(受診券を使用せず受診した場合) ※個人情報については厳重に管理し、目的外の使用はいたしません。

■補助上限：12,000 円（消費税込）

■補助対象：40 才以上の任意継続者

当年度4月～翌3月中の受診分につき1回

郵送検診の大腸がん検診を受診された場合は、便潜血検査は申請不可

保険診療分（保険証を提示し3割を自己負担した場合）については申請不可

■申請期限：受診日翌年の5月末まで

--	--	--