

被保険者（女性）生活習慣病健診 補助申請書

（当年度 4 月～翌 3 月中の受診分につき 1 回・申請期限：【受診日翌年の 5 月末】まで）

下記の通り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	①— 90—	所 属	
	被保険者 氏名		生年月日	S . . H . .
	振込先	③普通/④当座 No.	銀行・農協	支店 口座名義(かたが)
	医療機関名		受診年月日	R . . (複数日でも可) 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↓受診検査項目に○印

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）		
	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		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)
■補助上限額：12,000 円（消費税込）
■補助対象：40 才以上女性任意継続者（A コース巡回型家族健診のオプション検査で胃部検査・胸部検査・大腸検査・郵送検診の大腸がん検診を受診された場合は、同等の検査は申請不可）

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 乳がん検査	⑤ エコー or ⑥ マンモグラフィ	※重複申請はできません	
	② 子宮がん検査（子宮頸部細胞診のみ）			
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)
■補助上限額：全額 ただし、乳がん検査についてはエコーかマンモグラフィどちらか一方
■補助対象：乳がん検査は 30・35・40 才以上、子宮がん検査は全年齢
 会社の定期健診で婦人科健診を受診された方は申請不可、人間ドックと同時受診分の申請可、任継者は A コース巡回型家族健診のオプション検査で乳房検査・子宮検査を受診された場合は、同等の検査は申請不可

※保険診療分（かかりつけ医の経過観察等で保険証を提示し 3 割を自己負担した場合）については補助申請できませんので、ご了承願います。
 ※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。

--	--	--