

ヤンマー健康保険組合理事長 殿

被保険者（女性）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 . . H . .

※婦人科健診補助申請には、領収書（原本）と検査項目が分かる明細等を添付ください。

30、35、40 才以上の方を対象に全額補助になります。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。

※会社の定期健診で婦人科健診を受診された方、保険診療（保険証を提示し 10 割負担した場合）された方については補助できませんので、ご了承願います。

<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>↓受診した項目に○印をしてください</p>				
生活習慣病健診	特定健診	<p>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</p> <p>5. 血液検査（血中脂質、肝機能、血糖） 6. 尿（尿糖、尿蛋白）</p> <p>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）</p>		
	その他	<p>1. 視力・聴力 2. 胸部X線(直接) 3. 胃X線(間接)</p> <p>4. 腎機能（尿素窒素・クレアチニン） 5. 便潜血</p>		
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	<p>↓受診した検査の該当項目に○印をしてください</p> <p>1. 乳癌検査（エコーor マンモグラフィどちらか一方 ※重複受診はできません）</p> <p>2. 子宮頸癌検査</p>			
	受診に要した 費用	円	補助申請額	円