

(健康使用欄)

常務理事	事務局長	事務局次長	課長	係長	係	資格合	起案	・	・
							決裁	・	・
決定額		¥ _____				摘要			
内訳		特定健診 @ × , @ × , @ × , @ × , 計							
		がん検診 @ × , @ × , @ × , @ × , 計							
		ABC検査 @ × , @ × , @ × , @ × , 計							

令和4年度 特定健康診査及び健診時同時がん検診・胃の健康度検査補助金支給申請書

受診年月日	令和 年 月 日	内訳	・対象年齢は、令和5年3月31日現在です。	
受診機関	所在地		特定健康診査(40歳以上の男女)	人
	名称		大腸がん検診(35歳以上の男女)	人
	電話番号		前立腺がん検診(50歳以上の男性)	人
受診に要した費用			胃がん検診(35歳以上の男女)	人
			肺がん検診(35歳以上の男女) ※注1	人
		乳がん検診(35歳以上の女性)	人	
		子宮がん検診(20歳以上の女性)	人	
		胃の健康度検査(対象年齢の男女)	人	

川口工業健康保険組合 理事長 殿

※注1 定期健康診断(安衛則第43条・第44条)における胸部X線は除外となります。

上記のとおり実施したので、関係書類を添えて申請します。

令和 年 月 日

事業所証記号 _____

事業所所在地 _____

事業所名 _____

事業主氏名 _____

●押印廃止に伴う確認欄 (確認後、確認欄に✓をご記入下さい。)

本申請については、本人(被保険者)は、承認している。

【注】 特定健康診査の補助金申請に関しては、次のとおりです。

- ◆この用紙で申請できる対象は、**勸全日本労働福祉協会以外**で事業主健診に該当する健診を、被保険者の方が国内の医療機関で受診した場合です。
- ◆特定健康診査の補助については、右表の『特定健康診査必須項目』を満たしていない場合は、補助の対象外となります。
- ◆申請の提出期限は令和5年3月31日組合必着です。

特定健康診査必須項目	質問票(服薬歴、喫煙歴等) 身体計測(身長、体重、BMI、腹囲) 理学的検査(身体診察) 血圧測定 尿検査(糖、蛋白) 血液検査 <脂質>中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール <糖代謝>HbA1cと合わせて血糖 <肝機能>GOT、GPT、γ-GTP
------------	--

◎添付書類◎

- 健診機関発行の請求明細書(内訳)の写し
 - 健診機関発行の領収書(必ず事業所名の入ったもの)の写し
※ ネットバンキング等で支払をした場合は、支払いをした証明。
 - 健診結果の写し・・・実施した検査の詳細と数値などがわかるもの(結果全部のコピー)
 - 別紙の受診者名簿(必ず保険証の番号順に記入をして下さい。)
 - 当健保組合用の『質問票』(国への報告や特定保健指導等の資料とするもの)
- ★ XMLデータ(受診機関にて作成)の添付にご協力をお願いいたします。
なお、XMLデータの作成には、がん検診項目等を含む健診項目すべてをデータ作成の旨、医療機関等へご依頼願います。
・ 但し、同時がん検診を申請する場合は、③健診結果の写しが必須となります。

受付印

◎ この申請による補助金は、事業所指定口座に振込みます。

◎ 個人情報につきましては、当健保組合の個人情報保護管理規程に則り管理され、目的以外に使用することは致しません。

◎ また、生活改善の必要な方には、保健指導業務委託業者から保健指導のご案内をいたしますので、ご了承の上受診願います。