

ドック補助金申請書

今般、健診機関のドックを受診しましたので、健診費用の補助金申請をします。

申請日 年 月 日

被保険者証		社員No.	被保険者氏名
記号	番号		(フリガナ)

申請区分	<input type="checkbox"/> 人間ドック(本人 ・ 家族)		<input type="checkbox"/> 脳ドック	
受診者 <small>(被保険者の場合、 氏名のみ省略可)</small>	氏名	(フリガナ)	生年月日	
			昭和 年 月 日	平成 (受診時年齢 ・ 歳)
受診年月日	年 月 日 (日帰 / 泊)			
人間ドック 支払額	円		脳ドック 支払額	円
健診機関	名称			
	所在地			

在職中の方は事業主経由で補助金を支給しますので、下記にも記入願います。(任継者は記入不要)

委任状	健診費用の補助金の受領を事業主に委任します。
	事業所名 _____
	被保険者氏名 _____ (印)

- ・ 当申請書には下記資料を添付願います。

① 上記の領収書(原本)

② 健診結果のコピー

③ 特定健診質問票

* 健保組合では、健診結果データは健診事業以外の目的で利用することはありません。

事業所 使用欄

<健保使用欄>

支給決定伺

受付年月日

補助金決定額

人間ドック	円
家族健康診断	
本人 家族	特定健診 円
脳ドック	円

常務理事	事務長	係

特 定 健 診 質 問 票

特定健診必須項目【服薬】【喫煙】【問診項目】についてご回答願います。

※補助金申請の際には必ず補助金申請書、健診結果表(写)と一緒にご提出ください。

年 月 日

被保険者証 記号・番号	受診者氏名	本人家 族区分	生年月日
.	フリガナ	本人 ・ 家族	昭和・平成 年 月 日 ()才

※該当する□にチェックを入れてください。特記すべきことありの場合、具体的にご記入ください。

質 問 項 目 (必 須)		回 答
服 薬 有 無 (現 在)	a. 血圧を下げる薬	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	b. インスリン注射又は血糖を下げる薬	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	c. コレステロールを下げる薬	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
喫 煙 習 慣	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 ※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、条件1と条件2を 両方満たす者である。 条件1:最近1ヶ月間吸っている 条件2:生涯で6ヶ月間以上吸っている、又は合計100本以 上吸っている	<input type="checkbox"/> ①はい(条件1、2両方満たす) <input type="checkbox"/> ②以前は吸っていたが最近1ヶ月間 は吸っていない(条件2のみ満たす) <input type="checkbox"/> ③いいえ(①②以外)
問 診 項 目	既往歴	<input type="checkbox"/> 特記すべきことあり () <input type="checkbox"/> 特記すべきことなし
	自覚症状	<input type="checkbox"/> 特記すべきことあり () <input type="checkbox"/> 特記すべきことなし
	他覚症状	<input type="checkbox"/> 特記すべきことあり () <input type="checkbox"/> 特記すべきことなし

受診日	
受診医療機関	