【提出先】所属事業所健康管理担当（任意継続の方：健保）

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

健康保険の資格情報		社員№	被保険者氏名
記号	番号		(フリガナ)

申請区分	□人間ドック（　本人　・　家族　）　□脳ドック			
受診者（被保険者の場合、氏名のみ省略可）	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　㊞

・当申請書には<u>下記資料を添付</u>願います。

① <u>上記の領収書（原本）</u>

② <u>健診結果のコピー</u>

③ <u>特定健診質問票</u>

＊ 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＞

受付年月日

支給決定伺

補助金決定額

人間ドック 家族健康診断		円
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

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。特記する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		□はい　　□いいえ
	b. インスリン注射又は血糖を下げる薬		□はい　　□いいえ
	c. コレステロールを下げる薬		□はい　　□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		□①はい（条件1、2両方満たす） □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） □③いいえ（①②以外）
問診項目	既往歴	□特記すべきことあり （　　）	□特記すべきことなし
	自覚症状	□特記すべきことあり （　　）	□特記すべきことなし
	他覚症状	□特記すべきことあり （　　）	□特記すべきことなし

受診日	
受診医療機関	