任意継続被保険者　生活習慣病健診補助申請書

下記の通り生活習慣病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	被保険者記号番号	90－		
	被保険者氏名		男・女	
	住所	〒		
	振込先（被保険者名義）	銀行・農協	支店	
		普通	口座名義（ｶﾀｶﾅ）	
	医療機関名		受診年月日	R　.　.
				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

↓受診した検査項目に〇印をしてください

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】
	その他	1. 視力・聴力　2. 胸部Ｘ線　3. 胃部Ｘ線　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)、特定健診結果表(写)(受診券を使用せず受診した場合のみ)

※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。

■補助上限：12,000 円（消費税込）

■補助対象：40 才以上の任意継続被保険者

：当年 4 月～3 月中の受診分につき 1 回

：郵送型大腸がん検診を受診された場合は、その他 5 の便潜血検査は申請不可

：保険診療分（マイナ保険証等を提示し３割を自己負担した場合）については申請不可

■申請期限：受診日翌年の 5 月末まで

No.