

被扶養者 生活習慣病及び婦人科健診 補助申請書

下記の通り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	被保険者証 記号番号	①— ⑨0—	所 属 (会社名)		
	被保険者氏名	(男・女)			
	振込先 (被保険者名義)	普通	銀行・農協	支店	
受診者	被扶養者氏名		続柄	生年月日	S H

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 ↓受診検査項目に○印

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)			
	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			
	医療機関名		受診年月日 (複数日でも可)	R	.
	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)
 ■補助上限額：6,000 円 (消費税込)
 ■補助対象：40 才以上の被扶養者 A コース巡回型家族健診のオプション検査で胃部・胸部・大腸の各検査 (領収証が京都工場保健会から発行されている場合)、郵送検診の大腸がん検診を受診された場合は申請不可

婦人科健診	①. 乳がん検査 (エコー or マンモグラフィ) ※重複申請はできません			
	②. 子宮がん検査 (子宮頸部細胞診のみ)			
	医療機関名		受診年月日 (複数日でも可)	R
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)
 ■補助上限額：全額 ただし、乳がん検査についてはエコーかマンモグラフィどちらか一方
 ■補助対象：40 才以上の被扶養者 人間ドックと同時受診分の申請可、A コース巡回型家族健診のオプション検査で乳房検査・子宮検査を受診 (領収証発行元が京都工場保健会) された場合は、同等の検査は申請不可

※当年度 4 月～3 月の受診分につき 1 回・申請期限：受診日翌年度の 5 月末まで。
 ※保険診療分(かかりつけ医の経過観察等で保険証を提示し 3 割を自己負担した場合) については補助申請できませんので、ご了承願います。
 ※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。

--	--	--