（様式第2号）-2

特定健診補助金支給決定伺				常務理事	事務長	課長代理	扱　者
起案日		施行日					
特定健診補助金支給額		円		備 考 全額 （上限　15，000円）		家族・特定	

令和　　年度「家族」特定健康診査　補助金申請書

★ 補助金申請の記入方法（注意事項）
○ 太枠の①及び②の被保険者氏名は会社に勤務されている方の氏名を記載して下さい。
○ 太枠の②委任状欄は勤務されている会社に委任して下さい。
○ 振込先は、記入しないで下さい。（会社から補助金の受領となります）

保険証の記号番号		事　業　所　名　（会社名）	健　　診　　日
―			令和　　年　　月　　日
健 診 を 受けた人	ふりがな		生年月日　　（　　才） 昭和　　年　　月　　日 生
	氏　名		
	受診料金	別添領収書のとおり 円	

※　今回受けられた特定健康診査で 医師が必要と認めた検査が有りましたら 右欄の□にレをお書きください。	□ 無し　□ 有り ※　有りの方は何の検査ですか □ 血液検査 □ 心電図検査 □ 眼底検査	健診を受けた医療機関の名称 医療機関のTEL

①	上記のとおり健診結果表と質問票および領収書を添えて補助金を申請します。 令和　　年　　月　　日　　事 業 所 名　（会社名） 横浜港運健康保険組合理事長 殿　　被保険者氏名
②	委任状 表記補助金の受領を　　に委任します。 令和　　年　　月　　日　　被保険者氏名

振込先	銀行　　支店	普通 当座	口 座 名 義	口 座 番 号

（注）
1. この申請ができるのは40歳～74歳の被扶養者（家族）で特定健診を受けられた方です。
2. この申請書に健診結果表と質問票および領収書を添付して、受診された年の年度末までに会社経由で健康管理室へ提出してください。
3. あなたへの補助金は会社へお支払いしますので、会社より補助金をお受け取りください。
4. 補助金対象となるのは下記の特定健診の検査項目を必ず受診されている場合です。

【特定健診項目】
問診（身体診察）・計測（身長・体重・腹囲・視力・聴力）・血圧・検尿
≪血液検査≫
GOT・GPT・γ-GTP・LDLコレステロール・HDLコレステロール・中性脂肪
空腹時血糖または随時血糖及びヘモグロビンA1c（NGSP値）
【医師が必要と認め実施する検査項目】
血液検査（ヘマトクリット・血色素測定・赤血球数･クレアチニン・eＧＦＲ）・心電図検査・眼底検査

※　この申請書及び健診結果表と質問票・領収書に記載されている個人情報は保健事業を推進するための目的以外使用しません。
※　この申請に関するお問合せ先　〈 健康管理室　045-201-0656 〉