

特定健診補助金支給決定伺				常務理事	事務長	課長	扱者
起案日		施行日					
特定健診補助金支給額				円	備考 金額 (上限 15,000円)		

## 令和 年度 特定健康診査補助金申請書

保険証の記号番号		事業所名		健診日	
—		任意継続		年 月 日	
健診を 受けた人	ふりがな			生年月日 (才)	
	氏名			昭和 年 月 日生	
	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。			<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り ※ 有りの方は何の検査ですか <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 心電図検査 <input type="checkbox"/> 眼底検査	健診を受けた医療機関の名称  医療機関のTEL	

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。

年 月 日

横浜港運健康保険組合理事長 殿

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)

- 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健康保険組合健康管理室へ提出してください。
- 補助金対象となるのは下記の特健康診査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〉