

(様式第3号)

支給決定伺	起案	令和 年 月 日			施行	令和 年 月 日	常務理事	
	区分	健診料	人数	補助金	支給額		事務長	
	種類	円	名	円	円			
	生活習慣病健診				備考		課長代理	
	乳がん検査							
子宮がん検査								

35歳以上

本人 家族

生活習慣病健診・オプション検査補助金申請書

保険証の記号番号		事業所名		健診日	
				令和 年 月 日	
健診を受けた人	<input type="radio"/> で囲む	氏名		受診料金	円
	本人 家族			生年月日	年 月 日 (歳)
※ 右欄の受診した健診にレをお書き下さい。	<input type="checkbox"/> 生活習慣病健診 <input type="checkbox"/> オプション検査 (乳・子宮)			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書と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

横浜港運健康保険組合理事長 殿

被保険者氏名

委任状	表記補助金の受領を 令和 年 月 日 被保険者氏名 に委任します。	
-----	---	--

振込先	銀行	支店	普通当座	口座名義	口座番号

- (注) 1. この申請書に健診結果報告書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。
2. 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。
3. 補助金対象となるのは下記の検査項目を必ず受診されている場合です。
- ① 生活習慣病健診 問診(身体診察)・計測(身長・体重・腹囲・視力・聴力)・血圧・検尿・胸部XP
心電図・胃部X線又は胃部内視鏡・眼底検査・眼圧検査・便潜血検査
《血液検査》
白・赤血球数・血色素・ヘマトクリット・血小板数・GOT・GPT・ALP・γ-GTP・LDH
LDLコレステロール・HDLコレステロール・中性脂肪・総コレステロール・アマラーゼ
尿素窒素・クレアチニン・eGFR・尿酸・空腹時血糖・ヘモグロビンA1c (NGSP値)
- ② オプション検査 乳がん検査・子宮がん検査

※ この申請書及び健診結果報告書と質問票・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。

※ この申請書に関するお問い合わせ(健康管理室 045-201-0656)