

(様式第4号)

特定健診補助金支給決定伺	起 案	令和 年 月 日			施 行	令和 年 月 日	常務理事	
	区分	健診内容	人数	補助金	支給額	円		
	種類							
	人 間 ド ッ ク				備 考	事務長		
	生活習慣病健診							
	脳 ド ッ ク							
	肺 ド ッ ク					課長代理		
	乳 が ん 検 査	エコー又はマンモグラフィの1検査						
		エコーとマンモグラフィの2検査						
	子 宮 が ん 検 査	頸部のみの1検査				扱 者		
	頸部と体部の2検査							
前立腺がん検査	PSAのみの1検査							
	PSAとエコーの2検査							

令和 年度 人間ドック等補助金申請書

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	○で囲む	氏 名		受診料金	円
	本人			生年月日	年 月 日 (歳)
	家族				
※ 右欄の受診した 健診種目にレを お書き下さい。	☐ 人間ドック ☐ 乳がん検査 ☐ 生活習慣病健診 ☐ 子宮がん検査 ☐ 脳ドック ☐ 前立腺がん検査 ☐ 肺ドック			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報告書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			
横浜港運健康保険組合理事長 殿		被保険者氏名			
表記補助金の受領を 委任状 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 人間ドック 問診（身体診察）・計測（身長・体重・腹囲・視力・聴力）・血圧・検尿・胸部X線・腹部超音波検査（エコー） 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・骨密度測定 《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・アミラーゼ 尿酸窒素・クレアチニン・eGFR・尿酸・空腹時血糖・ヘモグロビンA1c (NGSP値) ② 生活習慣病健診 人間ドック検査項目より腹部超音波検査（エコー）を除いたもの ③ 脳ドック MRI・MRA ④ 肺ドック 胸部CT ⑤ オプション検査 乳がん検査・子宮がん検査・前立腺がん検査 ※ 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）					