

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		
	種類	区分	健診内容	受診科目	補助金	支給額	円	事務長	
	人 間 ド ッ ク				25,000	備 考	円	課長代理	
	生活習慣病健診				20,000				
	脳 ド ッ ク				30,000				
	肺 ド ッ ク				12,000				
	乳 が ん 検 査	エコー又はマンモグラフィの1検査			3,000				
		エコーとマンモグラフィの2検査			5,000				
	子 宮 が ん 検 査	頸部のみの1検査			3,000				
		頸部と体部の2検査			5,000				
前立腺がん検査	PSAのみの1検査			1,500					
	PSAとエコーの2検査			5,000					

家族・特定

令和 年度 「家族」 人間ドック等補助金申請書

★ 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	氏 名			受診料金	円
				生年月日	(歳)
※ 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	

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	表記補助金の受領を に委任します。 委任状 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。

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)
心電図検査・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 生活習慣病健診 人間ドック検査項目より腹部超音波を除いたもの

③ 脳ドック MRI・MRA

④ 肺ドック 胸部CT

⑤ オプション 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。

※ この申請書に関するお問い合わせ(健康管理室 045-201-0656)