（様式第４号）-2

特定健診補助金支給決定伺	起案	年　月　日			施行	年　月　日	常務理事	
	区分／種類	健診内容	受診科目	補助金	支給額	円	事務長	
	人間ドック			円 20,000				
	生活習慣病健診			上限 15,000	備考		係長	
	脳ドック	受診料金の50%（上限 28,000円）						
	肺ドック	受診料金の50%（上限 10,000円）						
	乳がん検査	ｴｺｰ又はﾏﾝﾓｸﾞﾗﾌｨｰの1検査		3,000			扱者	
		ｴｺｰとﾏﾝﾓｸﾞﾗﾌｨｰの2検査		5,000	家族・特定			
	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				
	前立腺検査	PSAのみの1検査		1,500				
		PSAとｴｺｰの2検査		5,000				

年度 「家族」人間ドック等補助金申請書

（対象者　S20.4.1 ～ S55.3.31　生）

保険証の記号番号	事業所名	健診日
―		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。

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　　㊞ に委任します。

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XP・ｴｺｰ（超音波）
心電図・胃検査・眼底検査・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・ZTT・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・尿酸・空腹時血糖又はヘモグロビンＡ１ｃ（ＮＧＳＰ値）

② 生活習慣病健診　人間ドック検査項目よりエコー（超音波）を除いたもの

③ 脳ドック　MRIまたは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。

※ この申請書に関するお問い合わせ（健康管理室　045-201-0656）