

補助金支給決定同	起案	年 月 日			施行	年 月 日		常務理事
	区分	健診内容	受診科目	補助金	支給額	円	備考	事務長
	種類							
	人間ドック			20,000				
	生活習慣病健診			上限 15,000				
	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					
前立腺検査	PSAのみの1検査		1,500					
	PSAとエコーの2検査		5,000					
							課長代理	
							扱	

令和4年度 人間ドック等補助金申請書

(対象者 S23.4.1 ~ S58.3.31 生)

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	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。	<input type="checkbox"/> 人間ドック	<input type="checkbox"/> 乳がん検査	健診を受けた医療機関の名称		
	<input type="checkbox"/> 生活習慣病健診	<input type="checkbox"/> 子宮がん検査	医療機関のTEL		
	<input type="checkbox"/> 脳ドック	<input type="checkbox"/> 前立腺検査			
	<input type="checkbox"/> 肺ドック				
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) 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、令和5年3月31日までに健康保険組合健康管理室へ提出してください。
 2. 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・腹部超音波
 心電図検査・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・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)