

契約外健診機関用

生活習慣病健診補助金支給決定決議書

No. _____

※この欄は記入しない	経 伺	常務理事	課 長	課長代理	担 当 者	起案年月日	備 考
	支給金額						

生活習慣病健診補助金請求書

下記のとおり生活習慣病健診を受診したので補助金を請求します。 令和 年 月 日

被 保 険 者 証 記 号 ・ 番 号	記号	番号	事業所名		
被 保 険 者 氏 名					
被 保 険 者 住 所	〒 _____ TEL (_____)				
受 診 者 氏 名			生 年 月 日	昭和 平成	続柄
受 診 年 月 日	令和	年	月	日	領収書の金額 _____ 円
※特定健診の間診項目ですので、ご回答をお願いいたします。(該当する方に○をつけて下さい。)					
1. 現在の薬の使用の有無 (医師の診断・治療のもとで 服薬中の者を指す)		血圧を下げる薬		はい ・ いいえ	
		血糖を下げる薬又はインスリン注射		はい ・ いいえ	
		コレステロールや中性脂肪を下げる薬		はい ・ いいえ	
2. 現在タバコを吸っている。(加熱式タバコや電子タバコを含む。)		はい ・ いいえ			
※振込希望の金融機関等(被保険者名義の口座)を記入してください。					
振 込 金 融 機 関	銀行・支店名		銀行・信用金庫 信用組合・農協		本店 支店
	預金 種別	1. 普 通 2. 当 座	口座番号	口座名義	(フリガナ)

【必要な添付書類】

- ① 生活習慣病健診を受けたことを証明する領収書(原本)、又は銀行振込を確認できる書類と請求書(写し)
- ② 健診結果表(写し) ※全ページ

【請 求 期 限】

当該年度 3月31日まで

※健診結果は、受診者の健康管理と当組合の統計資料等疾病予防事業及び特定保健指導等に活用させていただきます。プライバシーの保護には万全を期し、目的以外の使用はいたしません。ご理解いただきますようお願い申し上げます。