

健康診断補助金申請書(管外・県外)

令和 年 月 日

下記のとおり、健康診断補助金を交付願いたく申請します。

No. _____

申請金額	円	補助金額	※ 円
実施年月日	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		
実施医療機名	所在地		
	名称		
事業所 記号	※ 種別	保険証 番号	氏名
	II III		年 生年月日
	II III		齢 (和暦)
受診者 氏名等	II III		※ 種別
	II III		保険証 番号
	II III		氏名
	II III		年 生年月日
	II III		齢 (和暦)
	II III		
	II III		
営業所 実施支店 工場	所在地		
	名称		
振込口座 (ゆうちょ銀行以外)	金融機関名	銀行・信用金庫 支店	
	種別	1 普通 2 当座	口座番号
	フリガナ	No. _____	
	口座名義		
連絡先	担当者氏名	電話番号	() -

※太枠の欄は、健保組合使用欄のため記入しないでください。

【添付書類】 ① 事業所名領収書(写)
 ② 請求明細書(写)
 ③ 個人結果表(写)・・・医療機関名・診断医師氏名記載
 ④ 特定健診質問票[22項目](写)・・・40歳以上の方(実施年度における年度末時点の満年齢)

【検査項目】 裏面参照(法定項目は必須)

★受診した項目でも記載のないもの、記載内容が不明なものは補助が出来ません。
 不備のないよう再確認のうえ早めの提出を！！

★健康者お祝いの対象条件に、健診結果の確認が必要です。提出漏れがないようご注意ください。

静岡県中部機械工業健康保険組合 理事長 様

健保受付印

事業所名

標準検査項目

健診種別		検査項目	法定項目	特定健診	検査詳細項目	
Ⅲ 3 月 31 日 ま で に 35 歳 以 上 に な る 方	Ⅱ 年 齢 制 限 な し	医師診察	☆	*	聴打診、理学的所見	
		身長	☆	*		
		体重	☆	*		
		体格指数	☆	*	BMI	
		視力検査	☆			
		聴力検査	☆		1000hz、4000hz	
		血圧測定	☆	*		
		尿検査	☆	*	糖、蛋白	
		貧血検査	△		白血球、☆赤血球、☆血色素量、ヘマトクリット	
		肝機能検査	△	△	☆*GOT、☆*GPT、☆*γ-GTP、ALP	
		血清脂質検査	△	△	総コレステロール、☆*中性脂肪、☆*HDL-C、☆*LDL-C	
		腎機能検査			尿素窒素、クレアチニン	
		痛風検査			尿酸	
		血糖検査	☆	*	HbA1c、空腹時血糖、随時血糖(食後3.5時間以降) 上記のいずれかを実施	
	胸部X線検査	☆				
	心電図検査	☆				
	35歳以上		☆	*	腹囲測定	
					便潜血検査	2日法
	40歳以上			*	特定健診標準質問票	22項目
		胃部X線検査 (希望者のみ)				

《注》 ☆印…法定項目(労働安全衛生規則第44条)
 *印…特定健診必須項目
 △印…一部の検査項目対象

【対象年齢】 実施年度における年度末時点の満年齢