

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				
実施医療機関名	所在地				
	名称				
事業所 記号	※ 種別	番 号	氏 名	年 齢	生年月日 (和暦)
受 診 者 氏 名 等	II III				
	II III				
	II III				
	II III				
	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	No. _____
	フリガナ				
	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