

特定健診補助金支給決定伺				常務理事	事務長	センター長	課長	扱者
起案日		施行日						
特定健診補助金支給額				円	備考 金額 (上限 9,000円) <b>家族・特定</b>			

## 平成24年度 特定健康診査 補助金申請書

(対象者 S13.4.1 ~ S48.3.31 生)

保険証の記号番号	事業所名	健診日	
—		平成 年 月 日	
※ 今回受けられた特定健康診査で 医師が必要と認めた検査がありましたか 右欄の□にレをお書きください。	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	健診を受けた健診機関の名称	
	※ 有りの方は何の検査ですか <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 眼底検査	健診機関のTEL	
健診を 受けた人	ふりがな	生年月日 (才)	
	氏名	昭和 年 月 日生	
	被保険者との続柄		家族 (続柄)
	受診料金	別添領収書のとおり	健診結果(別添・健診結果報告書のとおり)
	円	1 異常なし 2 要観察 3 要治療	

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。

平成 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

㊞

表記補助金の受領を  
委任状

㊞ に委任します。

平成 年 月 日

被保険者氏名

㊞

(注)

- 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、会社経由で健康管理室へ提出してください。
- 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。
- 補助金対象となるのは下記の特健康診の検査項目を必ず受診されている場合です。

【特定健診健診項目】

問診(身体診察)・計測(身長・体重・腹囲・視力・聴力)・血圧・検尿

《血液検査》

GOT・GPT・ $\gamma$ -GTP・LDLコレステロール・HDLコレステロール・中性脂肪

空腹時血糖またはヘモグロビンA1c (JDS値又はNGSP値)

【医師が必要と認め実施する検査項目】

血液検査(ヘマトクリット・血色素測定・赤血球数)・心電図・眼底検査

※ 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。  
この申請に関するお問合せ先 〈健康管理室 045-201-0656〉