（様式第2号）

支給決定伺				常務理事	事務長	課長代理	扱者
起案日		施行日					
特定健診補助金支給額	円			備考	個人　　連名		

40歳以上

特定健康診査 補助金申請書

被保険者	保険証記号・番号	記号		番号	
	事業所名				
	氏名				
	生年月日	昭和　年　月　日　（　歳）			

上記のとおり健診結果と質問票・領収書を添えて補助金を申請します。

令和　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

委任状	表記補助金の受領を　　に委任します。 令和　年　月　日　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. この申請ができるのは40歳～74歳の被保険者で特定健診を受けられた方です。
2. 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、受診された年の年度末までに会社経由で健康管理室へ提出してください。
3. 補助金対象となるのは下記の特定健診の検査項目を必ず受診されている場合です。

【特定健診項目】

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・γ-GTP・LDLコレステロール・HDLコレステロール・中性脂肪

空腹時血糖または随時血糖及びヘモグロビンA1c（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・クレアチニン・eGFR）・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。

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