

- 【健診結果表(全てのページの写)】
- 【領収書】写可
- 【特定健診問診票(40歳以上)】

提出期限：令和4年2月28日

被保険者(申請者)情報

被保険者証の記号

番号(左づめ)

氏名

(フリガナ)

住所

(〒 - )

都 道  
府 県

以前に申請したことがある方は口座記入不要です

振込先指定口座

金融機関  
名称

銀行 金庫 信組  
農協 漁協  
その他 ( )

本店 支店 (支店コード)  
出張所  
本所 支所

預金種別

1 1.普通

口座番号

左づめでご記入ください。

口座名義

▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(°)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください)

口座名義は  
被保険者名義のみ

申請内容

氏名

被保険者

生年月日

昭和

年 月 日

被扶養者(家族)

平成

受診医療機関名： 年 月 日

受診日： 令和

支払額： 円

申請コース：

下記申請コース一覧よりA~Dを選択

申請コース一覧 (年齢基準日：令和4年3月31日)

コース	内容	補助上限額	対象者	年齢
A	人間ドック 半日 ※項目不足はBとして支給 一泊	30,000円 40,000円	被保険者 被扶養者 任意継続	35歳以上
B	生活習慣病予防健診 胃部(X線または内視鏡)or腹部エコーあり	15,000円 20,000円	被扶養者 任意継続	30歳以上
C	脳ドック ☆AおよびBのオプション/単独 いずれも申請可 頭部CT・MRI・MRA ☆いずれか一つでも可	30,000円	被保険者 被扶養者 任意継続	35歳以上
D	乳がん子宮頸がん検診 ☆AおよびBのオプション/単独 いずれも申請可 マンモグラフィー・乳腺エコー・子宮頸部細胞診 ☆いずれか一つでも可	6,000円	被保険者 被扶養者 任意継続	30歳以上

※注意事項

- 年度内1人1回に限ります。(4月1日以降受診のもの)
- コースA or BとCおよびDの併給が可能です。
- C/Dオプション検査の場合、内訳明細が必要です。
- 「自治体等が実施する健診」および「保険診療扱いでの受診」は補助対象外となります。

健保使用欄

身・体・BMI・腹囲 / 血圧 / 尿糖・尿蛋白  
赤血球・Hb・Hct / GLU・HbA1C  
GOT・GPT・γ-GTP / CRE・e-GFR / 胸X線  
HDL・LDL・TG / 心電図 / 胃部【X線・カメラ】  
腹部【エコー・CT】 / 大腸【Hb・カメラ】

受付日付印