

疾病予防補助金支給申請書

- 【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)】

申請期限：令和5年2月28日

被保険者(申請者)情報	被保険者証の記号	番号(右づめ)	氏名	フリガナ
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	住所 (〒 -)		都 道 市 郡 府 区	
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	<input type="text"/>
	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)		左づめでご記入ください。
	<input type="text"/>		口座名義は被保険者名義のみ	

申請内容	氏名	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 被保険者	生年月日	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日
			<input type="checkbox"/> 被扶養者(家族)			<input type="checkbox"/> 平成	
	受診医療機関名:	<input type="text"/>					
	受診日:	令和	<input type="text"/>	支払額:	円	申請コース:	<input type="text"/>
下記申請コース一覧よりA~Dを選択							

コース	内容	補助上限額	対象者	年齢
A	人間ドック	半日 30,000円	被保険者 被扶養者 任意継続	35歳以上
	※胃部検査(X線または内視鏡)が無い場合には上限20,000円	一泊 40,000円		
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 頭部CT・MRI・MRA	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 マンモグラフィ・乳腺エコー・子宮頸部細胞診	6,000円	被保険者 被扶養者 任意継続	全年齢

※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