

補助金交付申請書

個人申請用

※ 下記の太枠内をもれなくご記入下さい。
(記入もれによりご返却させていただくことがございますのでご注意ください。)

健診種目 ①及び②の該当する項目に○をつけて下さい	①種別	②健診種目		
	被保険者(本人)	人間ドック 婦人健診		
	被扶養者(家族)	人間ドック 婦人健診 家族健診		
	任意継続被保険者	基本健診 生活習慣病健診 人間ドック 婦人健診 インフルエンザ予防接種 新型コロナウイルス予防接種		
	任意継続被扶養者	人間ドック 婦人健診 家族健診 インフルエンザ予防接種 新型コロナウイルス予防接種		
記号・番号	記号		番号	
事業所名 <small>任意継続被保険者は不要</small>				
被保険者氏名				
住所	〒 -		電話番号	
受診者氏名		受診年月日	令和 年 月 日	
受診した健診機関名				
振込先				
金融機関コード	金融機関名	支店コード	本・支店名	
預金種別	普通・当座・その他 ()	口座番号		
口座名義	フリガナ			

確認欄	
<input type="checkbox"/>	この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。 ① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。
<input type="checkbox"/> に✓を入れてください	

組合使用欄

@ _____ -

	被保険者	被扶養者	任継(本人)	任継(家族)
基本			1,000	
生活			4,000	
ドック	12,000			
婦人	2,000		5,000	
家族	0			

= _____

	被保険者	被扶養者	任継(本人)	任継(家族)
基本			2,000	
生活			14,000	
ドック	30,000			
婦人	22,000		19,000	
家族	5,000			

≡ _____

(ドック・婦人は100円未満切捨)

受付印

整理番号

※この申請に係る個人データについては、補助金の支払い及び統計資料の作成、または健康教育や保健指導などの疾病予防の効果につながる保健事業の実施以外の目的には使用いたしません。

領収書貼付用紙

記号・番号	—	受診者氏名	
-------	---	-------	--

領収書 貼付欄 (コピー可)

以下の質問にご回答ください。
《当年度内に40歳以上になる方は必ずご回答ください》
※記入漏れがある場合は当組合からお問い合わせさせて頂く場合がございます。

1. 現在の健康状態をどう思いますか 1) 健康 2) 普通 3) 健康に不安 4) 病気がち

2. 医師から次の病気にかかっていると言われたり、治療を受けたことがありますか

・ 脳卒中(脳出血・脳梗塞等) 1) はい () 年前 2) いいえ

・ 心臓病(狭心症・心筋梗塞等) 1) はい () 年前 2) いいえ

・ 慢性の腎不全、あるいはその治療(人工透析) 1) はい () 年前 2) いいえ

・ 貧血(低ヘモグロビン) 1) はい () 年前 2) いいえ

・ ほかに治療中の病気があれば記入してください () () 年前から

3. 現在、下記の薬を使用していच्छやいますか

・ 血圧を下げる薬 1) はい 2) いいえ

・ 血糖を下げる薬又はインスリン注射 1) はい 2) いいえ

・ コレステロールや中性脂肪を下げる薬 1) はい 2) いいえ

4. 現在、たばこを習慣的に吸っていच्छやいますか

(現在、習慣的に吸っているとは ①最近1か月間吸っている。かつ
②生涯6か月間以上吸っている又は合計100本以上吸っている)

1) はい 2) 以前は吸っていたが、最近1か月間は吸っていない(上記②のみ) 3) いいえ