

※この欄は記入しない	経	常務理事	事務長 (課長)	課長 (課長代理)	担当者	起案年月日	備考
	伺						
	支給金額						

生活習慣病健診補助金請求書

下記のとおり生活習慣病健診を受診したので補助金を請求します。 令和 年 月 日

健康保険の 記号・番号	記号	番号	事業所名		
被保険者氏名					
被保険者住所	〒 _____ Tel () _____				
受診者氏名			生年月日	昭和 平成	続柄
受診年月日	令和 年 月 日	領収書の金額		円	

* 特定健診の問診項目について、ご回答をお願いいたします。(該当する番号に○をつけて下さい。)

①	現在の薬の使用の有無 (医師の診断・治療のもとで 服薬中の者を指す)	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
②	現在、タバコを習慣的に吸っている (加熱式タバコや電子タバコを含む) ※「現在、タバコを習慣的に吸っている者」とは、下記の条件1と条件2を 両方満たす者である 〔条件1: 最近1ヶ月間吸っている 条件2: 生涯で6ヶ月間以上、又は合計100本以上吸っている〕	1 はい (条件1と条件2を両方満たす)		
		2 以前は吸っていたが、最近1ヶ月は 吸っていない (条件2のみ満たす)		
		3 いいえ (1、2以外)		

* 振込希望の金融機関等(被保険者名義の口座)を記入してください。

振込金融機関	銀行支店名	銀行・信用金庫 信用組合・農協			本店 支店
	預金種別	普通 当座	口座番号	口座名義 (カタカナで記入)	

【必要な添付書類】

- 生活習慣病健診を受けたことを証明する領収書(原本)、又は銀行振込を確認できる書類と請求書(写し)
- 健診結果表(写し) ※全ページ

【請求期限】

当該年度3月31日まで