

※この欄は記入しない	経	常務理事	課長 (課長)	課長代理 (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	800 —			
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	
* 特定健診の間診項目について、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

※健診結果は、受診者の健康管理と当組合の統計資料等疾病予防事業及び特定保健指導等に活用いたします。また、特定健康診査とみなす場合は国への報告として健診結果を匿名化し部分的に提出いたします。プライバシーの保護には万全を期し、目的以外の使用はいたしません。ご理解いただきますようお願い申し上げます。