

平成30年度の補助金対象は平成31年2月28日までに健保組合が受理した申請に限ります。

○の箇所を記入
してください

疾病予防補助金支給申請書

記号	番号	氏名	生年 月日	昭和・平成 年 月 日
住所	通知等、郵便の届く住所			電話番号 日中連絡のとれる連絡先
被扶養者が 受診する場合	被扶養者が受診する場合には記入してください			

種別(受診した健診の記号に○)	対象者	年齢
A. 特定健診(受診券利用は対象外) 補助上限額:全額	被扶養者 任意継続	40歳以上
B. 生活習慣病予防健診 補助上限額:10,000円	被扶養者 任意継続	30歳以上
C. B 補助上限額:20,000円	被扶養者 任意継続	30歳以上
D. 日帰り人間ドック 補助上限額:30,000円	被保険者 被扶養者 任意継続	35歳以上
E. 1泊人間ドック 補助上限額:40,000円	被保険者 被扶養者 任意継続	35歳以上
F. 乳がん子宮頸がん検診 いずれか一方でも可 補助上限額:6,000円	女性	30歳以上

いづれかに○してください

必須受診項目

A.	身長・体重・BMI・腹囲・ 血圧・尿糖・尿蛋白・ 空腹時血糖 or HbA1c・ 中性脂肪・HDL・LDL・ GOT・GPT・γ-GTP
B.	
C.	
D.	心電図・胸部X線 赤血球・血色素量・ヘマトクリット 血清クレアチニン
E.	胃部X線(内視鏡) 腹部エコー
	便潜血
	宿泊
F.	マンモグラフィー or 乳腺エコー or 子宮頸部細胞診

* 必須項目を満たさない場合は、補助額が減額される場合もあります

受診医療機関	受診日	健診料 支払額
名称		
所在地	電話番号	

支払金融機関の欄	銀行コード	被保険者の口座 を記入してくださ い
	フリガナ	
	銀行名	
	フリガナ	
	支店名	
	口座番号	
フリガナ	口座名義	

被保険者の口座を記入してください。

受付印	
健保支給 決定金額	円

- * 健診(検査)結果/領収書を添付して提出してください(写の場合は、すべてのページをコピーしてください)
40歳以上の方は、「特定健診問診票」もあわせて添付してください
- * 年度内1人1回に限ります(平成30年4月1日以降に受診のもの)
人間ドック補助金と乳がん子宮頸がん検診補助金は併給できません
- * 「自治体等が実施する健診」及び「保険診療扱いでの受診」は対象となりません