## 補助金交付申請書

健康保険記号							_	支店コ	- F		
侹	建診コ <sup>.</sup>	ース		健康診断	(35歳)	<b>未満)</b>		生活習	習慣病予防	健診(35	歳以上)
ZZ	受診力	、数				名					名
受診年月日				年	月	В	~	,	年	月	В
支店・営業所	名	称									
	所1	生地	Ŧ					電話	(	)	
健診機関	名	称									
	所1	生地	Ŧ					電話	(	)	
補助金							普)	通•当座	□座番号		
:	振込口		銀行•信金 労金•農協 支店					座名義  ナ記入)			
	□ 個人情報の取扱いに同意します。 ※個人情報の取扱いについては、ホームページに掲載しています。										
	上記のとおり実施いたしましたので補助金を申請いたします。										
	年 月 日										
	事業所所在地										
・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・											
	電設工業健康保険組合 殿										

受付日付印

## 補助金申請について

【補助金対象検査頂日】 ●…以須頂日 ○…対象頂日

労働安全衛生規則第44条に基づく検査

【補助並刈家快直項日】				只口』	,	…必須項目 〇…刈家項目	カ側女王衛王規則第44条に基づく快貨
						健康診断	生活習慣病予防健診
	検	查	項			(35歳未満被保険者)	(35歳以上被保険者)
						補助金限度額:1,700円	補助金限度額:9,700円
既	往	歴 等	の	調	查	•	•
自他	覚覚	症 症 状	状 。 の	及 有	び 無	•	•
身	身	長	•	体	重	•	•
体	視				カ	•	•
	聴				カ	•	•
計	血				圧	•	•
測	腹				拼		•
胸	部	検	查	<u> </u>	=	•	•
尿		検			查	•	•
血	糖		代		謝		•
液	脂				質		•
NX	肝		機		能		•
検	貧				血		•
	腎		機		能		0
查	尿				酸		0
17/		<b>1</b>	ì		図		•
胃	部	検	查	<u> </u>			•
乳	房	検	查	<u> </u>			〇(希望者のみ)
子	宮	細胞	診	検	查		〇(希望者のみ)

※1, 2, 3の検査は下記の範囲内で変更可(補助金限度額の変更はなし)

1 胸部検査:胸部X線・胸部CT 2 胃部検査:胃部X線·内視鏡

3 乳房検査:乳房超音波・マンモグラフィー

- 注)事業主負担・・・健康診断1,000円、生活習慣病予防健診2,000円を控除し 補助金限度額の範囲で支給します。
  - 胃部検査を受診していない場合は、組合負担限度額から3.000円減額
  - ・乳房検査を実施した場合の組合負担限度額は2.700円増額
  - ・子宮細胞診検査で自己採取法の場合、組合負担限度額は1.700円増額
  - ・医師採取法の場合、組合負担限度額は3.300円増額

## 【申請方法】

1 受診後、「補助金交付申請書」「補助金連名簿」に必要事項をご記入のうえ下記の 必要書類を添えて、郵送してください。

	健康診断	生活習慣病予防健診	
健診結果(要数値)	•	•	●…必要
問診票(健保指定用紙)	×	•	×···不要
領 収 書	•	•	

※令和5年度から35歳未満の健康診断の方も必ず健診結果表を添付してください。 問診票の添付は不要です。

- ▲…領収書に受診者名、受診日、個人料金の記載がない場合は、それらを確認 できるもの「明細書(写)」および「健診結果票(写)」を添付してください。
- 2 振込日と金額が決定しましたら補助金支給決定通知書を健康管理推進委員へ送付します。 【注意事項】
  - ◆ 特定健診・生活習慣病予防健診・人間ドックは、いずれか年度内に1回の受診で、 重複して受診はできません。(年度区分:4月1日~翌年3月31日)
  - ◆ 受診当日までに当組合の資格を喪失された方は受診できません。 受診した場合の費用は、全額自己負担となり補助金は支給されませんのでご注意ください。