＜任意継続被保険者用　40歳以上＞
＜被扶養者用　40歳以上＞

特定健診補助金申請書

※請求総額	￥
※補助額	￥

（内訳：特定　　心　　眼　　貧　　乳　　子　　）

健康保険の	記号		番号		被保険者氏名			
事業所名	電話　（　　）							
利用者	フリガナ		性別	続柄	生年月日		年齢	
	氏名		男 女	本人 家族	昭和　　年　　月　　日		歳	
	住所	〒　　－　　電話　（　　）						
健診機関	名称		受診日	年　　月　　日				
	所在地	〒　　－ 電話　（　　）	健診料金	円				
補助金振込口座	銀行・信金 労金・農協　　支店	普通・当座	口座番号					
		口座名義カナで記入						

※振込口座がゆうちょ銀行の場合は銀行振込用の店番号をご記入ください。

☐ 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、ホームページ等に掲載しています。

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

電設工業健康保健組合　殿

上記のとおり利用したので補助金を申請いたします。 ※任意継続被保険者は記入不要です。

年　　月　　日　　健康管理推進委員氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿

※補助金の受領を委任する場合は、下記の委任状もご記入ください。（代理人は法人名ではなく個人名を記入してください）

委任状	私は ＿＿＿＿＿＿＿＿ を代理人と定め補助金の受領を委任します。 年　　月　　日　　委任者 ＿＿＿＿＿＿＿＿

（注） 任意継続の方は事業所名の記入不要です。

◎補助金申請について◎

《対象者および検査項目》

特定健診	対象年齢	身体計測					胸部検査	尿検査	血液検査						心電図	眼底	補助金限度額
		身長・体重	視力	聴力	血圧	腹囲			糖代謝	脂質	肝機能	貧血	腎機能	尿酸			
	40歳以上	●			●	●		●	●	●	●	□			□	□	5,400円（～R3.3） 7,150円（R3.4～）

●…必須項目　□…医師の判断による実施項目

（注）医師が認めた場合に限り、心電図：1,500円・眼底：900円・貧血：300円を限度として
補助金に加算されます。

《利用方法》

① 受診後、「特定健診補助金申請書」に「領収書（写）」、「健診結果（写）」、「問診票（健保指定用紙）」を添え、健康管理推進委員を通して郵送してください。

※「問診票（健保指定用紙）」は電設健保ホームページから出力できます。

※健診結果は数値の記載が必要となります。

※任意継続の方は、直接提出してください。

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」をご自宅へ送付いたします。

〈注意事項〉

- 特定健診・生活習慣病予防健診・人間ドック・家族健診は、いずれか年度内に1回の受診となります。
重複して受診はできませんのでご注意ください。（年度区分：4月1日～翌年3月31日）

- <u>受診当日までに資格を喪失された方は受診できません。</u>
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。