

支給決定 伺	支給決定日	
	支払年月日	
	補助金決定額	円

常務理事			担当者

健康保険 人間ドック補助金申請書 【県外在住者用】

人間ドックを受けた方の情報	被保険者証	記号	番号	事業所の名称
	氏名	(フリガナ) -----		生年月日 5. 昭和 7. 平成 9. 令和 年 月 日
	住所	(〒 -) 都 道 府 県		
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()		

健診機関	健診機関名			
	健診日	年 月 日	健診総額	円

◎補助金の受領は下記事業主に委任します。

事業主 振込先指定口座	金融機関 名称	銀行 金庫 本店 支店 その他 () 出張所		
	預金種別	1. 普通 2. 当座	口座番号	左づめでご記入ください。
	預貯金の名義人 (事業主名)			

添付書類について

①特定健診質問票 ②健診結果 (写) ③領収書 (原本)

(健診結果を、特定健診のデータとして利用させていただきますので予めご了承ください)

注)「③領収書」には次の内容が明記されているものに限りません。(領収書は返却出来ません)

○受診者氏名 ○受診日 ○医療機関名 (領収印) ○人間ドック代金であること

◎ 注意事項

- 対象者は、福井県外在住の40歳以上の被保険者の方です。
- 本申請書は、契約健診機関以外で、県外の人間ドックを受ける場合、全額支払った後に添付書類を添えて当健保組合へ申請してください。
- 補助金は年度内1回限り、2万円を限度に補助します。なお、生活習慣病健診との重複は出来ません。
- この補助金は事業主にお支払いしますので、お手数ですが、事業主より被保険者に支払いをお願いします。
- 実施期間は翌年2月末です。期間を過ぎますと補助が受けられませんのでご注意ください。

受付日付印

特定健診 質問票

福井県自動車販売整備健康保険組合

①の質問票と、②の健診項目の結果を添付して当健保組合までお送りください。

1

質問票

必ずご記入ください。

保険証記号		保険証番号	
氏 名		生年月日	年 月 日
受診日	年 月 日	健診機関名	

質 問	どちらかに ○ をつけてください
1、血圧を下げる薬を使用していますか	はい いいえ
2、インスリン注射又は血糖を下げる薬を使用していますか	はい いいえ
3、コレステロールを下げる薬を使用していますか	はい いいえ
4、現在たばこを習慣的に吸っていますか	はい いいえ
5、既往歴 6、自覚症状 7、他覚症状	あり あり あり
特記事項: 特記事項: 特記事項:	なし なし なし

2

健診項目の結果(写)を添付

(記載されているか確認する)

項目	検査の内容	☒
身体計測	身長、体重、腹囲、BMI	
血 圧	血圧測定	
血中脂質検査	中性脂肪、 HDL・LDLコレステロール	
血糖検査	空腹時血糖または随時血糖 HbA1c	
尿検査 肝機能検査	尿糖・尿たんぱく GOT・GPT・γ-GTP	