

※支給額・算出内訳欄は組合記入欄

| | |
|-------|--|
| ※支給額 | |
| ※算出内訳 | |

令和 年 月 日

令和__年度 婦人生活習慣病健診費用補助金請求書

(女性被扶養者・女性任意継続被保険者用)

| | | | | | | |
|----------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------|-------------------------|---------|-----|--|
| 被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ | 被保険者証 | 記号 | フリガナ 被保険者氏名 (請求者) | | | |
| | | 番号 | 住所 | | | |
| | 事業所名 | | | 電話番号 | () | |
| | 健診を受けた方の 氏名・生年月日 | 氏名 | 健診日 | 年 月 日 | | |
| | | 昭和・平成 年 月 日 | | | | |
| | 健診を受けた医療機関の 名称および所在地 | 名称 | | | | |
| | | 所在地 | | | | |
| 振込先 | 金融機関名 | 金融機関コード 支店番号 | 口座種別 | 普通 ・ 当座 | | |
| | 銀行 | | 口座番号 | | | |
| | 支店 | | 口座名義 | | | |

※振込先は、被保険者名義の口座となりますので、ご注意ください。

《特定健診問診回答票》

| | | | |
|--------|------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| 現在の服薬歴 | 血圧を下げる薬 | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 |
| | インスリン注射又は血糖を下げる薬 | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 |
| | コレステロールを下げる薬 | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 |
| 喫煙歴 | 現在たばこを習慣的に吸っている。 ※習慣的(「合計100本以上、又は6ヶ月以上吸っている者」 であり、最近1ヶ月も吸っている者) | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 自覚症状 | 最近、気になる症状はありますか？ | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 |
| | 「有」と回答した方はご記入ください。 | | |

※裏面の記入上の注意事項・補助金支給要件を必ず確認してください。

東京金属事業健康保険組合

上記のとおり健診を実施しましたので、補助金の請求をします。

なお、請求者と受診者が異なる場合、個人情報である健康診査結果個人票の組合への提出に際しては、組合が補助金支給の確認書類として活用することに併せて、40歳以上の受診者については「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づく特定健診の実績報告データとして活用することについて受診者の同意を得ていることを申し添えます。

受付印

| |
|-----|
| 受付印 |
| |