

該当する方にVをいれてください
特定健診（受診方法B）の申請 <input type="checkbox"/>
事業者健診結果提供者が重複しない内容の 検診等を自費で受診した場合の申請 <input type="checkbox"/>

※ 決 裁	事務長	係	※補助決定額 ¥
			組合員 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/>



令和元年度 特定健診対象者 健診補助金交付申請書

【受診方法A（受診券利用）】との重複受診不可！
重複受診した場合は【受診方法A】が優先されます。

※
医療機関番号

受診者氏名	年齢	保険証記号	保険証番号	特定健診受診券整理番号
				1 9 1
第1種 <input type="checkbox"/> 第2種 <input type="checkbox"/> 第3種 <input type="checkbox"/> 第4種 <input type="checkbox"/>	組合員 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/>	受診日	平成・令和 年 月 日	
医療機関名称	所在地	支払金額	円	

★今回の健診で下記の検査も受診した場合は、その項目の数字を全て○で囲んでください。（必須事項）

- | | | |
|------------|-------------|--------------------|
| 1 胃内視鏡検査 | 3 胸部エックス線検査 | 5 子宮視診、子宮頸部細胞診及び内診 |
| 2 胃エックス線検査 | 4 喀痰細胞診 | 6 乳房エックス線検査、視触診 |
| | | 7 便潜血検査 |

補助金振込先	金融機関名	銀行	支店番号	支店名
	預金種類	普通・当座・貯蓄	口座番号	※7桁未満は前に0を記載してください。
	口座名義	フリガナ		

埼玉県薬剤師国民健康保険組合理事長様

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

次の①から③は補助対象外です

- ①診療に伴う保険適用の健診
- ②市町村等で既に補助を受けている健診
- ③事業者が実施する事業者健診

受診者	自宅住所	〒
	連絡先電話番号	() 平日の9時から17時に連絡をとれる番号を記入してください。
	氏名	(印)

■ 申請する際は次の事項をよくお読みください。

- 特定健診対象者が『特定健診項目を含む健診(ドック等)を受診した場合(受診方法B)』または『事業者健診結果提供者が重複しない内容の検診を自費で受診した場合』に**組合員30,000円/家族15,000円まで補助**します。(医療機関は日本国内自由を選択)
*資格取得日が平成31年4月2日以降の40歳以上の方は、今年度は40歳未満の方と同様の「各種健診補助」をご利用ください。
- (受診方法B)で受診する際は、**特定健診受診券を医療機関窓口**に提示あるいは提出しないでください。
*受診券を提出すると医療機関が(受診方法A)による受診と判断して費用決済をしようとするおそれがあります。
- 特定健診受診券整理番号**は、本年度に受領した**受診券**に記載されている191から始まる11桁の番号をご記入ください。
受診券は6月に交付しますが、交付前に健診を受けた方は、**交付を待って受診券整理番号を記載してから申請**してください。
- 申請の際は、**①領収書(原本) ②健診結果(写し) ③質問票(記載したもの)**の3点を必ず添付してください。
※事業者健診結果提供者が、重複しない内容の検診等を自費で受診して申請する場合は、**領収書のみ**で結構です。
- 健診結果(写し)**は、下記の**特定健診項目**が1つでも欠けていると**補助の対象になりません**のでご注意ください。
特定健診受診結果通知表に医療機関で記載してもらったものでも構いません。特定健診受診結果通知表は組合HPから出力できます。

特定健診項目	身長・体重・腹囲・BMI・血圧・中性脂肪・HDLコレステロール・LDLコレステロール・GOT・GPT・γ-GTP 空腹時血糖又はHbA1c・尿糖・尿蛋白・医師の診断結果・医師の氏名・質問票
--------	---

- 6 今回の健診で★印の項目を受診した場合は受診項目番号に○をつけてください。(後で国に申請する調査に必要です。)

■ 領収書及び補助金振込先口座についての注意事項

- 領収書は**原本**で**受診者氏名(フルネーム)**、**年月日**、**医療機関名**、**金額**、**但し書き**が明記されたものをお願いします。(レシートは不可)
※但し書きが「自費負担」「保険外診療」「文書料」等は不可。医療機関から交付されたらご確認ください。
- 領収書の**宛名**や補助金の振込先が、**会社名**や**事業主名**ですと**事業者健診**と判断せざるをえないため**補助対象**になりません。
宛名は必ず受診者氏名、又 **補助金振込先口座は受診者あるいは受診者家族の口座**をお願いします。

■ ※印欄は、組合記入欄ですので、記載しないでください。