

特定健診対象者用  
【受診方法B】

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

受付印

平成29年度 各種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 7 1
組合員 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/>	※種別	受診年月日	平成 年 月 日	
医療機関名称		支払金額		円
所在地				

今回受診した項目に下記のがん検診を含んでいた場合は、その検査項目の数字を全て○で囲んでください。（必須事項）

- |            |             |                         |
|------------|-------------|-------------------------|
| 胃がん        | 肺がん         | 5 子宮頸がん(視診、子宮頸部細胞診及び内診) |
| 1 胃内視鏡検査   | 3 胸部エックス線検査 | 6 乳がん(乳房エックス線検査、視触診)    |
| 2 胃エックス線検査 | 4 喀痰細胞診     | 7 大腸がん(便鮮血検査)           |

補助金振込先	金融機関	銀行 信用金庫	支店番号	支店名
	種類	普通・当座・貯蓄	口座番号	
	名義	フリガナ		

上記のとおり申請します。

平成 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事業主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)

埼玉県薬剤師国民健康保険組合理事長 様

■ 申請する際は次の事項をよくお読みください。

- 年度内(4月～3月)1回の健診につき【組合員(第5種を除く)35,000円 家族20,000円】を限度に補助します。  
※資格取得日が平成29年4月2日以降の40歳以上の方は、今年度は「40歳未満健診」の補助制度をご利用ください。
- この【受診方法B】で受診する場合は、「受診券」を医療機関窓口に表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誤って【受診方法A】での受診と判断してしまいます。)
- 特定健診受診券整理番号は、平成29年度に受領した「受診券」に記載されている171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、交付前に健診を受診された方は、交付を待つ番号を記載してから申請してください。

4 申請の際は、①「領収書原本」②「健診結果(写し)」③「質問票」の3点を必ず添付してください。

5 「健診結果(写し)」は、(特定健診必須項目)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」に医療機関で記載されたものでも構いません。(「結果通知表」は組合H.Pから出力可)

〈特定健診必須項目〉

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(NGSP値)、尿糖、尿たんぱく、医師の診断結果、医師の氏名

6 受診項目の中に「がん検診」で含んでいた項目には必ず○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)、日付、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。  
(但し書きが〈自費負担〉〈保険外診療〉等は不可、又 レシートは不可)
- 「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〉と判断せざるをえず補助対象になりません。  
「領収書」の宛名は必ず受診者氏名、又 補助金振込先は受診者あるいは受診者世帯員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。