

該当する方にVをいれてください

受診方法Bの申請

事業者健診提供者が事業者健診項目

以外を受診した場合の申請

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



平成30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 8 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	年 月 日
医療機関名称	支払金額	円		
医療機関所在地				

★今回受診した項目に下記の検査を含んでいた場合は、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	信用金庫	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		

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	()
	氏名	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。

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。

- 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『事業者健診提供者が事業者健診項目以外の健診(検診)を受診した場合』に**組合員30,000円/家族15,000円まで補助**します。(医療機関は自由を選択)
*資格取得日が平成30年4月2日以降の40歳以上の方は、今年度は「各種健診補助」をご利用ください。
- 【受診方法B】は、「特定健診受診券」を医療機関窓口に表示あるいは提出しないください。
(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手続きしてしまう場合があります。)
- 特定健診受診券整理番号は、平成30年度に受領した「受診券」に記載されている181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、交付を待って受診券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」の3点を必ず添付してください。
※事業者健診提供者が、事業者健診項目以外を受診して申請する場合は、「領収書」のみの添付で結構です。
- 「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HP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、質問票

6 ★印の項目を受診した場合は受診項目に必ず○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

1 「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)

2 「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。