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□　家族□

受付印

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□　第2種□　第3種□　第4種□	組合員□　家族□	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
2 胃エックス線検査
3 胸部エックス線検査
4 喀痰細胞診
5 子宮視診、子宮頸部細胞診及び内診
6 乳房エックス線検査、視触診
7 便鮮血検査

補助金振込先				
金融機関名	銀　行 信用金庫	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			

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。**

1 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。(医療機関は自由に選択)
＊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。

2 【受診方法B】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手続きしてしまう場合があります。）

3 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。

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。
※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。

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、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でお願いします。

■ ※印欄は、組合記入欄ですので、記載しないでください。