

--	--	--	--	--

起案年月日	令和 年 月 日	支給決定額						円
-------	----------	-------	--	--	--	--	--	---

健診助成金(事後)申請書

大阪府貨物運送健康保険組合

記号番号	—	事業所名						
被保険者名						性別	男・女	
受診者名					続柄		性別	男・女
受診者生年月日	昭和 平成	年	月	日	受診時 の年齢	歳		
受診者住所	〒 — 電話 () —							
健診機関名								
受診年月日	令和 年 月 日 受診							
受診内容および助成金申請金額該当欄に○を記入して下さい	健診内容				助成金額	対象者(受診時)		
	半日 人間ドック				25,000 円	35 歳以上		
	一泊 人間ドック							
	A. 生活習慣病予防健診				7,000 円	・被保険者 ・30 歳以上の被扶養者		
	B. 胃健診				6,000 円			
	C. 婦人科健診		乳がん健診		2,500 円	・被保険者 ・20 歳以上の被扶養者		
			子宮がん健診		2,500 円			
	D. 腫瘍マーカー		がんセット検査		2,500 円	35 歳以上		
前立腺検査			1,000 円	50 歳以上				
振込先	金融機関	銀行 支店						
		(当座・普通) 口座番号						
	口座名義	カタカナ						
		漢字						

- この健診結果は、健康保険法第 150 条の規定により、皆さまの健康に寄与する事業に活用します。
- 上記医療機関で受診いたしましたので健診結果表(写)、特定健診質問票、領収書(写)を添付し、健診助成金の交付申請をします。

・被保険者の健診結果は、健康づくり事業のため事業所と共有することに同意します。

※ 健診結果を事業所と共有することに同意しない場合はお申し出ください。

令和 年 月 日

(フリガナ)

受診者氏名