河合楽器健康保険組合
常 務 理 事 殿

本人	支店管轄・KSK松本	総括部門へ提出してください
	本社工場	健保へ直接提出してください
家族		

ドック 補 助 金 請 求 書

請求年月日：（　　）　年　　月　　日

記 号	番 号	被 保 険 者 氏 名
		(フリガナ) （　）　年　　月　　日生れ
被扶養者（家族）が受診した場合は 氏名 及び 生年月日		(フリガナ) （　）　年　　月　　日生れ

ドックの種類と 受診年月日	（ドックの種類） ドック	（受診年月日） （　）　年　　月　　日

≪併せて以下オプション検診を受診された場合は、追加のオプション金額をご記入ください。≫

胃カメラ	円	乳がん	円
前立腺がん	円	子宮がん	円
オプション検診の 合計金額	円	（健保記入欄） 健康保険組合補助額	円

添 付 書 類
1. 領収書原本（宛名、内容が明記されているもの）
2. 検診機関の『検診結果報告書』(コピー可)

注 意 事 項
1. ４月から翌年３月までに受診したドックに対して年度に **１回15,000円を限度に補助。**　※
2. ドックの種類は問いませんが、特定健診の必須項目を 満たしていることが条件。
3. 複数のドックを受診した場合は、まとめて一度に 申請してください。

※補助金は被保険者（本人）の給与とともに
（任意継続被保険者はゆうちょ銀行口座に）振り込みます。

※ 特定健診の必須項目

①質問票（服薬・喫煙）
②身体計測（身長・体重・BMI・腹囲）
③身体診察
④血圧測定
⑤血液検査
・脂質検査（中性脂肪、HDL・LDLｺﾚｽﾃﾛｰﾙ
・血糖検査（空腹時血糖またはHbA1c）
・肝機能検査（GOT、GPT、γ-GTP）
⑥検尿（尿糖、尿蛋白）

健康保険組合		

総括記入欄

※確認してチェックしてください

☐ 申請者は節目人間ドックの対象者ではありません

事業所総括部門		