

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 生まれ
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 生まれ	
ドックの種類と 受診年月日	(ドックの種類)	(受診年月日) ドック() 年 月 日	ドック補助金 15,000円

《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

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

注意事項

- 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**。 ※
- 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。
- 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。

※ 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)

※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。

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

健康保険組合

健康保険組合		

事業所総括部門

事業所総括部門		