

補助金を請求する健診項目に✓を入れてください(複数可)

- |                                  |                                   |                                 |                                      |
|----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 生活習慣病健診 | <input type="checkbox"/> 人間ドック (  | <input type="checkbox"/> 被保険者のみ | <input type="checkbox"/> 夫婦 1 日ドック ) |
| <input type="checkbox"/> 脳ドック    | <input type="checkbox"/> P E T 検診 | <input type="checkbox"/> 乳がん検診  | <input type="checkbox"/> 子宮がん検診      |
| <input type="checkbox"/> 胃がん検診   | <input type="checkbox"/> 大腸がん検診   | <input type="checkbox"/> 肺がん健診  | <input type="checkbox"/> 前立腺がん検診     |

## 健康診断費用補助金請求書

請求金額				一金	円
被保険者証の 記号・番号	—		被保険者氏名 (受診者)		
事業所名					
受診年月日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日
医療機関名					
振込先	銀行 信金 信組 農協	本店 支店 出張所	預金種別	普通 当座	
(被保険者名義の口座を記入してください)	口座 番号	口座名義人 (被保険者名)	フリガナ		
★夫婦 1 日ドックを受診した場合は、被保険者および配偶者それぞれ下記に署名してください。					
私たちは、健診当日に医師からの健診結果報告を夫婦で一緒に受けました。					
被保険者署名： _____			配偶者署名： _____		
添付書類✓欄	<input type="checkbox"/> 健診費用領収書(写) <input type="checkbox"/> 健診結果表(写) (表紙も含めすべてのページ) (※) <input type="checkbox"/> 40 歳以上の方は、受診前に回答する問診票(写) (※) (※)福井県済生会病院で指定日に人間ドックを受けた方は領収書のみ提出してください。				
以下のとおり請求します					
三谷健康保険組合理事長 殿					
令和 年 月 日					
被保険者住所 〒 —					
被保険者氏名					

## 【注意事項】

- 各種健診の費用補助は、令和 4 年度中にそれぞれ 1 回のみです。(ただし、生活習慣病健診と人間ドックはどちらか 1 つ。また、胃がん・大腸がん・肺がん検診は生活習慣病健診・人間ドックとの併用は不可)
- 生活習慣病健診と人間ドックは、必須検査項目に漏れがある場合は補助の対象となりませんのでご注意ください。胃部検査や便検査の未実施者がいますが、必須検査項目となるため未実施の場合は補助金の支給をお断りしております。(医師の指示等で受けられない場合を除く) なお、新型コロナウイルスの状況により、肺機能検査について健診機関が中止の判断をした場合は未実施可とします。
- 請求の際には、健診費用の領収書と結果表(表紙を含めてすべてのコピーを添付してください。また、40 歳以上の方は、受診前に回答する問診票のコピーも添付してください。(健診機関へ提出される前に写しをお取りください。))
- 複数の健診費用補助を請求される場合は、1 枚の請求書にまとめて提出してください。
- 請求書の受付締切日は、令和 5 年 2 月末日です。(健保組合必着)

## 健診結果はいかがでしたか？

当組合では、疾病の予防・早期発見・重症化予防を目的として、健診で要精検・要治療に該当した方やメタボ判定で特定保健指導に該当した方、生活習慣病の重症化予防に取り組んでいただきたい方などへの受診勧奨に取り組んでおります。

健診を受けただけでは病気は予防できません。健康保持のため、健診結果を有効に活用し、要精検・要治療に該当した方はできるだけ早めに医療機関を受診しましょう。

(送付先・お問い合わせ先)

〒910-8510 福井県福井市豊島 1-3-1 三谷ビル 5 階 三谷健康保険組合  
TEL 0776-20-3155 FAX 0776-20-3169 ホームページ <https://www.mitani-kenpo.jp>