デサント健康保険組合理事長　殿

特定健康診査補助金申請書

下記のとおり申請いたします。

※太枠内をご記入ください。　　申請日　：　　年　　月　　日

申請者 （被保険者）	記　号		番　号	
	被保険者 氏　　名			
振　　込　　先 ＊被保険者名義に限ります。	銀行　・　信用金庫　　支店			
	普通口座番号			
	口座名義 （ｶﾀｶﾅ）			

医 療 機 関 名		
受 診 年 月 日	年　　月　　日	
受 診 者 氏 名	本　人　・　被扶養者	
生　年　月　日	年　　月　　日（　　歳）	
健　診　費　用	円	喫煙習慣 ※〇印をつけて下さい。　あり　・　なし

必 須 検 査 項 目（全項目受診ください。）
①質問票（既往歴、服薬歴、喫煙歴等）　②身体計測（身長、体重、BMI、腹囲） ③血圧測定　④理学的検査（身体診察）　⑤検尿（尿糖、尿蛋白） ⑥血液検査　・脂質検査（中性脂肪、HDL コレステロール、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）

【添付書類】①領収書（原紙）　※宛名は個人名でご依頼ください。
②健診結果（写）　※必須項目全てのｺﾋﾟｰをお送りください。

【提 出 先】デサント健康保険組合　（すべての書類が届きましたら、補助金をお支払いいたします。）

【注意事項】心電図と胸部X線検査は対象外です。
必須項目以外を受診された場合は、人間ドック扱いとなり 3 割が自己負担となります。

【支 払 日】毎月月末までに健康保険組合に到着し、内容が確認されたものについては、翌月末日（金融機関が休日等の場合は前営業日）に振込みます。

（健保記入欄）

補 助 金	円　（全額健保負担）	結果受取	㊞

2023.08 改定