

契約外医療機関・健康診断（本人・家族）補助金申請書 捨

健康診断（本人・家族）に対する補助金について、健診機関の領収書および検査結果表を添付し申請いたします。

太枠内をすべて記入してください					令和	年	月	日		
被保険者証 の記号番号	記号	番号	被保険者 氏 名	フリガナ						
	(印)									
生年月日	昭和 平成	年	月	日	才	性別	男・女	TEL (日中の連絡先)		
現住所	〒						自宅TEL			
事業所・部署名							携帯TEL			
健診を受けた方が 被扶養者の場合	氏名	フリガナ		生年 月日	昭和 平成	年	月	日	才	続柄
健康診断を 受けた 医療機関	名称					受診日	年	月	日	
	所在地									
健康診断に 要した 費用の内訳	種類	金額		支給金額		※ここは記入しないでください				
	※受診コースに☑をお願いします。									
	<input type="checkbox"/> [契約外] 人間ドック（日帰り）		円	円						
	<input type="checkbox"/> [契約外] 生活習慣病予防健診		円	円						
	<input type="checkbox"/> [契約外] 脳ドック		円	円						
	<input type="checkbox"/> [単科] 婦人健診		円	円						
	<input type="checkbox"/> [単科] 胃部検査		円	円						
	<input type="checkbox"/> [単科] 脳MRI/MRA		円	円						
合計		円	円							

委任状	本申請に基づく補助金に関する受領を事業主に委任します。							
	令和 年 月 日							
	被保険者氏名						(印)	

※任意継続被保険者、被扶養者の方は委任状の記入は必要ありません。

特定健康診査・特定保健指導のための階層化問診票 ※40歳以上の方は必ず全項目に回答ください。未記入の場合は、ご連絡させていただきます。		
1. 血圧を下げる薬を飲んでますか？	はい	いいえ
2. インスリン注射または血糖を下げる薬を飲んでますか？	はい	いいえ
3. コレステロールを下げる薬を飲んでますか？	はい	いいえ
4. 現在、たばこを習慣的に吸っていますか？ ※現在習慣的に喫煙している者とは、「合計100本以上、または6カ月以上喫煙している者」であり最近1カ月も喫煙している者	はい	いいえ

因幡電機産業健康保険組合 〒532-0003 大阪府大阪市淀川区宮原4-1-6 電話06-6151-5247 Fax06-6151-5248

- 注意
- 健診後は、この申請書に①「健診機関の領収書の原本」と②「検査結果表（コピー可）」を添付の上、健診後3ヵ月以内に**因幡電機産業株式会社 人事部**あてに申請してください。
 - 任意継続被保険者、任意継続被扶養者は健保組合あてに申請してください。
 - 受診日に健康保険の資格がない方は申請できません。
 - 健康診断（本人・家族）の補助金は、被保険者の金融機関口座に振り込みます。

受付日付印

【個人情報・健診結果について】

個人情報と健診結果は、個人情報保護法のもと健康保険組合および委託会社であるパリュールHRに提出されます。また健診結果については、健康管理、保健指導、労働基準監督署への定期健康診断結果報告などに活用いたします。同意の上ご申請ください。