

生活習慣病健診補助申請書 〔事後申請用〕

提出日 令和 3年 1月 7日

※この申請書は、40歳未満の方が対象となります。
40歳以上の方は、「特定健診・人間ドック(オプション検査)補助申請書」で申請してください。

被保険者欄	記号 被保険者等 (左づめ)	番号	氏名	
	1 2	1 2 3 4 5 6 7	健保太郎	
	会社名 事業所・所属	〇〇株式会社 〇〇営業所 〇〇グループ	電話番号 (日中の連絡先)	<input checked="" type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 携帯 092 (123) 〇〇〇〇 <input type="checkbox"/> 自宅

受診者申請欄	受診者氏名	続柄		
	健保 花子	妻		
	受診日	健診内容	費用(支払額)	健保補助額(健保記入欄)
	R 2・12・15	生活習慣病健診	8,000 円	(実費) 円
	※下記検査を同時に受診した場合(上記費用を除いた費用をご記入ください。)			
R 2・12・15	乳がん検診	4,200 円	(上限1,500円) 円	
R 2・12・15	子宮がん検診	3,150 円	(上限1,500円) 円	

【添付書類】 以下の書類を本申請書にかならず添付し提出ください。

領収書(原本)	受診者名、健診名(特定健診・人間ドック・乳がん等)が記載されたもの ※特定健診費用を申請する場合は、「基本的な健診の項目」の総額が明示された領収書が必要です。
健診結果(コピー)	下記の基本的な健診の項目の検査値が入ったものが必要です。 ※基本的な健診の項目が1つでも欠けている場合は補助できません。 ※乳がん・子宮がん検診のみの申請については、検査結果は必要ありません。

【基本的な健診の項目】 以下の項目の受診が必要です。1つでも不足していると補助の対象となりません。

特定健診項目	基本的な健診の項目	身体計測	身長・体重・腹囲・BMI
		理学的所見(身体診察)	既往歴・自覚症状・他覚症状
		血圧	収縮期血圧・拡張期血圧
		血中脂質検査	空腹時(随時)中性脂肪・HDLコレステロール・LDLコレステロール
		肝機能検査	GOT(AST)・GPT(ALT)・γ-GTP(γ-GT)
		血糖検査	空腹時(随時)血糖 または ヘモグロビンA1c、随時血糖
		尿検査	尿糖・尿たんぱく

【申請書の提出先】 ※補助申請は、受診後速やかにご提出ください。 (費用を支払った日の翌日から2年を経過し当健保組合に届いた場合は補助できません。)

勤務先	提出先
九州電力 九州電力送配電	QBP 労務・福祉サービスグループ ※新人事労務システム申請が必要です。
上記以外	各事業所の労務(総務)担当部署 ※詳しくは事業所の担当者にご確認ください。
任意継続被保険者	当健保組合へ直接ご郵送ください。(郵送先：〒810-0004 福岡市中央区渡辺通2-1-82)