生活習慣病健診補助申請書
〔事後申請用〕

提出日　令和　8年　4月　1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				
被保険者等（左づめ）	記号	番号	氏　名	健　保　太　郎
	1 2	1 2 3 4 5 6 7		
会社名 事業所・所属	○○○株式会社 ○○営業所 ○○グループ		電話番号 （日中の連絡先）	☑ 勤務先 ☐ 携　帯　092（123）○○○○ ☐ 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　8・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　8・12・15		乳がん検診	4,200　円	（上限1,500円）　円
R　8・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必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　　※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）

（2026.04）