|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 常務理事 | 事務長 | 課長 | 係長 | 担当者 | 補　　助　　金　　額 |
|  |  |  |  |  | 円 名 　 円  × 　＝ |

特定健診事後申請書

令和　　年　　月　　日

千葉県トラック健康保険組合理事長　殿

事業所

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 実施医療機関名 | | |  | | | | | |
|  | | | 令和　　　年　　　月　　　日 | | | | | |
| 金融機関 | 本店  　　　　信用金庫  　　　　信用組合  　　　　　　　　　支店 | | | | 普通・当座 | 口座名義人  ﾌﾘｶﾞﾅ | | |
| 口座番号 |
| 受診者 | 記号 | 番号 | | 本・家区分 | 氏名 | | 性別 | 年齢 |
|  |  | | 本人・家族 |  | |  |  |
|  |  | | 本人・家族 |  | |  |  |
|  |  | | 本人・家族 |  | |  |  |
|  |  | | 本人・家族 |  | |  |  |
|  |  | | 本人・家族 |  | |  |  |
|  |  | | 本人・家族 |  | |  |  |
|  |  | | 本人・家族 |  | |  |  |
|  |  | | 本人・家族 |  | |  |  |

※①太枠内をご記入下さい。

　②支払先金融機関「普通・当座」欄及び受診者「本・家区分」欄は該当するところを○で囲んで下さい。

　③医療機関の発行した請求書及び結果表、問診票（すべて写）を添付して下さい。

　④裏面に利用要領を記載しております。ご確認の上、申請下さい。

|  |  |
| --- | --- |
| 受付印 | 受付番号 |
|  |  |

　　　特定健診利用要領

〒275－0024

習志野市茜浜１－１０－２

千葉県トラック健康保険組合

ＴＥＬ047（452）6661

ご利用を希望されるときは次の要領にて取り扱い致します。

1. 補助対象は４０歳以上７５歳未満の組合加入者です。
2. 次の検査項目が結果に記載されているかご確認下さい。

身長、体重、BMI（肥満度・標準体重）、腹囲、血圧、AST（GOT）、ALT（GPT）、γ－GTP、尿糖、尿蛋白、中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール、空腹時血糖（又はHbA1c）、理学的所見（身体観察）、既往歴、自覚症状、

医師氏名

※食後１０時間未満の採血時は随時血糖又はHbA1cが必要です。

③ 医療機関から問診票（質問票）を取り寄せて下さい。

　 ※問診票を作成していないもしくは、医療機関から取り寄せが困難な場合はご連絡

下さい。

1. 結果表・問診票・請求書（すべて写）を申請書に添付の上、申請して下さい。

1. 申請書受付後、資格及び必要書類等を確認し指定口座へお振り込み致します。

⑥ 当組合補助金額は　上限5,000円　です。

　 ※健診費用が5,000円未満の場合は実費をお振り込み致します。

注）１．補助は年度内１回です。

　　２．検査項目に不足がある場合、補助の対象となりません。

　　３．補助金申請は健診受診後３ヶ月以内に行って下さい。