

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

名 称
 事業所
 所 在 地
 代 表 者
 申請者氏名

実施医療機関名							
受診年月日		令和 年 月 日					
支 払 先 金 融 機 関	銀 行 信用金庫 信用組合 農 協		本店	普通・当座	口座名義人 フリガナ.....		
			支店	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

TEL 047 (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，
GOT（AST），GPT（ALT），r-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

※空腹時血糖は食後10時間以降の採血です。それ以外は随時血糖となりますので
ご注意ください。

③ 医療機関から問診票（質問項目）を取り寄せてください。

※問診票のみ当組合でも用意してありますので、問診を行っていない場合や医療機
関から取り寄せが困難な場合は事務局までご連絡下さい。

④ 結果表・問診票・請求書（すべて写）を申請用紙に添付の上、当組合宛申請を行っ
て下さい。

⑤ 申請受理後、資格及び必要書類等を確認後、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回となります。

2. 検査項目に不足がある場合、補助の対象とはなりません。

3. 補助金申請は健診受診後3ヶ月以内に行ってください。