

常務理事	事務長	課 長	担当者	補 助 金 額
				× 円 = 円 名 円

※健保組合で使用

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

事業所名
所在地
代表者
申請者

実 施 医 療 機 関 名						
受 取 金 融 機 関	銀 行 信 用 金 庫 信 用 組 合 農 協		本店 支店	普通・当座	口座番号	
				口座名義(フリガナ)		
受診者	記 号	番 号	区 分	氏 名	年齢	受診年月日
			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			

※受取金融機関「普通・当座」及び受診者区分「本人・家族」は該当
するところを選択してください。

※特定健診利用要領（裏面）をご確認の上、申請してください。

※健診結果は当健保組合にも報告され、保健事業（特定保健指導・
受診勧奨など）に使用します。また、個人が特定されることのない
方法で統計資料に使用します。

受付印

特定健診利用要領

〒275-0024

千葉県習志野市茜浜1-10-2

千葉県トラック健康保険組合

047-452-6661



ホームページ

【補助条件】

対 象 年 齢 ： 年度末年齢40歳以上75歳誕生日の前日まで

【利用方法】

1. 次の検査項目が結果に記載されているかご確認ください。

身長、体重、BMI、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（絶食10時間以上）またはHbA1cやむを得ない場合は随時血糖※、
理学的所見（身体観察）、既往歴、自覚症状、医師氏名
※やむを得ず空腹時以外に採血を行い、HbA1cを測定しない時は、食直後（食事開始から3.5時間未満）を除いた随時血糖なら可

2. 医療機関から問診票（質問票）を取り寄せてください。
医療機関から取り寄せが困難な場合は、当組合ホームページから問診票を出力し作成してください。
3. 健診結果表、問診票、請求書(すべて写)を申請書と一緒に提出してください。
4. 当組合補助金額5,000円を指定口座に振り込みます。
※5,000円未満の場合は実費を振り込みます。

- 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ヶ月以内に行ってください。