

補助金額	円
------	---

家族健診補助金申請書 (30歳台の被扶養配偶者
40歳以上の被扶養者)

兼 パート先などでの健診結果報告書 (40歳以上の被扶養者)

補助金申請者・健診結果報告者記入欄

記号	番号	被保険者氏名
被扶養者氏名 (受診者)		電話番号
		受診日
		年 月 日

補助金申請者記入欄

家族健診料金として医療機関へ支払った金額	円(税込)	※任意継続(記号200)の方は委任不要です
委任状	私は下記の者にこの補助金の受領を委任します。	年 月 日
	被保険者氏名	

補助金申請者(40歳以上)・健診結果報告者記入欄

次の問は特定健康診査の必須項目となる問診です。
今年度中に40歳以上になる方は、該当する方に☑をして回答をお願いします。

※問診内容がプライバシーに関わる場合は、回答をメモなどに記入して、健診結果と一緒に封筒に入れて提出していただいても構いません。封筒にはお名前と「健診結果在中」とご記入ください。健診結果に同じ問の記載があり、回答済みの場合は不要です。

既往・現病: 過去または現在、病院で一定の期間治療を要するような病気にかかったことはありますか?	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
自覚症状: 現在、ご自身の体調に関して、不調を感じていることや気になることはありませんか?	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
服薬: 現在、医師の判断や治療のもとで、次の服薬をしていますか?	血圧を下げる薬	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	血糖を下げる薬又はインスリン注射	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	コレステロールや中性脂肪を下げる薬	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
喫煙: 現在たばこを習慣的に吸っていますか? [1]最近1か月以上吸っている [2]生涯で6か月間または合計100本以上吸っている	<input type="checkbox"/> a はい [1][2]両方該当	<input type="checkbox"/> b 以前は吸っていたが、最近1か月は吸っていない [2]のみ該当
家族健診促進キャンペーン 今年度中に40歳以上になる方は希望する方に☑してください		
<input type="checkbox"/> Amazonギフトカード 1,200円 (Eメールタイプ 委託先(株)インサイト (wellme.jp)よりメールが届きます)	送付先 Eメール	※発送手続きの都合により10月以降に送付を開始します
<input type="checkbox"/> QUOカード 1,000円分 (プライベートカード 書留またはレターパックで送ります)	送付先 住所	〒

総合事務部記入欄

被委任者	事業所名
	事業所長名

受付印

※領収書(原本)・健診結果(写)を添付のうえ会社の担当者へ提出してください。任意継続の方は健康保険組合へ提出してください。

※健診結果の報告し、補助金申請をしない方は健診結果(写)を添付のうえ健康保険組合へ提出してください。

※提出いただいた健診結果はマイナポータルにおいて、ご自身のアカウントや医療機関で閲覧できるようになります。