

補助金額	円
------	---

疾病予防補助金申請書(任意継続被保険者)

申請者記入欄

記号	200	番号	被保険者氏名 (受診者)
<p>自費で受けた健診(検診)に対して、以下の1~5のどれか一つを選び、補助金申請してください。(保険診療は対象外です)</p> <p>申請する項目の口枠に○印をつけてください</p>			
		申請する健診(検査)に対して支払った金額	受診日
1	<input type="radio"/> 健康診断(40歳以上) ※特定健診の必須項目をすべて含むこと	円(税込)	年 月 日
2	<input type="radio"/> 前立腺がん検診(50歳以上)	円(税込)	年 月 日
3	<input type="radio"/> 乳がん検診と子宮がん検診はまとめて申請することができます。		
	乳がん検診	円(税込)	年 月 日
	子宮がん検診	円(税込)	年 月 日
	乳がん・子宮がん検診 (セット料金)	円(税込)	年 月 日
<p>※QUOカードの申請について：市区町村で無料の検診を受けた女性の被保険者に、1項目につき500円のQUOカードを進呈します。無料で受けた検診項目の金額を0円と記入し、受診票または健診結果の写しを添付してください。</p>			
4	<input type="radio"/> 脳ドック	円(税込)	年 月 日
5	<input type="radio"/> (株)メデカルアシストによる 腫瘍マーカー	円(税込)	年 月 日

1(健康診断)を申請する方は以下の問診に回答をお願いします(該当する方に☑をお願いします)

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?	具体的に記入してください		
	<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すか?	具体的に記入してください		
	<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	<input type="checkbox"/> c いいえ a、b以外

1の申請は領収証(原本)と健診結果(写)を添付して健康保険組合へ提出してください

2~5の申請は領収証(原本)を添付して、健康保険組合へ提出してください

受付印