

補助金額 円

記入例1

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	1234	被保険者氏名 (受診者)	健保 太郎
<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>					
1	<input checked="" 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	36,500	円(税込)	○年○月○日
<p><領収書をもらったら必ず確認してください></p> <p>1 宛名がフルネームで記載されている</p> <p>2 受診した健診(検診)を受けたことが明記されている</p> <p>3 他の健診(検診)を一緒にうけた場合、それぞれの項目の金額がわかるように記載されている</p> <p>4 受診日、発行元が記載されている</p> <p>※ 上記の確認事項が診療明細書に記載されている場合は、領収書に追加して診療明細書を提出してもよい</p>					
4		特定健診の必須項目の問診です。提出する健診結果に同じ問診の回答が掲載されている場合は記入しなくても結構です。			
5		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?	<p>痛風</p> <input checked="" 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?	<p>めまい・立ちくらみ</p> <input checked="" type="checkbox"/> ある
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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> いいえ
	コレステロールや中性脂肪を下げる薬 <input checked="" 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 checked="" 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

「ある」を選択した場合、必ず具体的な記述をお願いします。

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