

個人用

常務理事	事務局長	課長	係長	係員

整理番号

支給決定日	平成 年 月 日	支給決定額	円
-------	----------	-------	---

〈 上は記入しないで下さい。〉

様式第7号

生活習慣病予防健康診断（人間ドック）補助金交付申請書

被保険者証	記号	87-	番号	
受診者氏名	氏名	西暦（昭和・平成）年 月 日（ 歳）	どちらかに ○をつけて ください。	本人 家族（ 続柄 ）
受診した医療機関 （健診機関）	名称			
	住所			
受診日	西暦（平成）年 月 日			
受診内容				
費用額 ④				円

上記費用額のうち特定健康診査分（再掲）

基本的な健診 ⑥	詳細な健診項目 ⑦			
	貧血検査	心電図検査	眼底検査	血清クレアチニン検査
円	円	円	円	円

上記のとおり特定健康診査の結果を添えて申請いたします。

西暦（平成）年 月 日

組合員 住所

氏名

全国左官タイル塗装業国民健康保険組合理事長殿

*個人情報収集・利用の同意について

生活習慣病予防健診の健診結果は、生活習慣病対策のために、国保組合の「個人情報保護に関する規定」に則り、保健指導・健康相談の実施や統計資料の作成等保健事業に利用させていただきます。また、特定健康診査・特定保健指導の結果データファイルは、国への実施結果報告として匿名化され、部分的に提出されます。提出いただきました健診結果につきまして、事務処理の効率化のため、健診実施先にデータ提供を依頼することがあります。

※生活習慣病予防健康診断（人間ドック）の領収書を添付してください。
※40歳以上の方は特定健康診査基本項目の受診結果の提出が必須です。当該年度中に40歳以上になる場合を含む）