

## 個人用

常務理事	事務局長	課長	係長	係員

支給決定日	平成 年 月 日	支給決定額	①	②	③	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	87-1234	番号	5678
受診者氏名	氏名	国保 太郎		○を付けて どちらかに ください。 本人 ・ 続柄 家族（本人）
	生年月日	昭和27年7月12日（57歳） 平成		
受診した 医療機関 （健診機関）	名称	〇〇医院		
	住所	東京都新宿区市谷田町2-29		
受診日	平成25年5月6日 ~ 年 月 日			
受診内容	生活習慣病予防健康診断			
費用額④	10,725 円			

上記費用額のうち特定健康診査分（再掲）

基本的な健診⑤	詳細な健診項目⑥		
	心電図検査	眼底検査	貧血検査
6,825 円	1,500円	2,100 円	300 円

上記のとおり特定健康診査の結果データを添えて申請いたします。

平成25年4月3日

組合員 住所 東京都中央区1-1-1

氏名 国保 太郎

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。

※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診基本項目の受診・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）