

一般検診 助成金総額	円	人数	名
		1人当額	円
特定健診 助成金総額	円	人数	名
		1人当額	円
生活習慣病検診 助成金総額	円	人数	名
		1人当額	円

※上記欄は記入しないでください。

一般検診・特定健診・生活習慣病検診補助金申請書

事業所記号		事業所名	
実施年月日	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		
実施者数	名		
実施検診機関名			
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>事業所</p> <p>所在地</p> <p>名称</p> <p>事業主名</p>			
一般検診	特定健診の項目に満たない検査	(被保険者のみ)	いずれか年度 内1回の補助
特定健診 (年度内40歳以上)	身体計測・問診・腹囲・血圧・肝機能・脂質・血糖・尿検査 [詳細健診] 心電図・貧血・眼底		
生活習慣病検診	特定健診の項目以上の検査	(被保険者のみ)	

1. 検診機関発行の領収書または請求書（1人当りの単価がわかるもの）および検診（健診）結果表（いずれも写可）を添付してください。
2. 年度中40歳以上の方が特定健診、生活習慣病検診を受診された場合は、裏面「特定健診に関する質問」にご回答をお願いします。
3. 検診（健診）日から1年以内に申請をしてください。1年超えると補助ができませんのでご注意ください。
4. 提出いただいた個人情報、愛知県トラック事業健康保険組合個人情報保護管理規程に基づいて管理します。
5. ご不明な点は医療施設課までお問い合わせください。 ☎ 052-882-9686

