

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	年 月 日 ～ 年 月 日		
実施者数	名		
実施検診機関名			
<p>上記のとおり実施いたしましたので補助金の申請をいたします。</p> <p>年 月 日</p> <p>事業所 所在地 名称 事業主名</p> <p>愛知県トラック事業健康保険組合 殿</p>			
一般検診	特定健診の項目に満たない検査(※被保険者のみ対象)	左記、検診(健診)3項目の内、	
特定健診 (年度中に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	いずれか年度内	
生活習慣病検診	特定健診の項目以上の検査(※被保険者のみ対象)	1回のみ補助	

【上記検診(健診)の補助金申請について】

- 補助金を申請する場合は、検診機関の領収書または請求書(1人当りの単価がわかるもの)及び検診(健診)結果表(いずれも写可)を添付してください。
なお、年度中40歳以上かつ特定健診、生活習慣病検診を受診される方は、裏面質問欄の記入もお願いします。
- 上記、検診(健診)の補助申請については、検診(健診)日から1年以内に申請をしてください。
1年超えた場合は補助の対象外です。又、出張料金(医師の派遣等含む)につきましても、補助の対象外となります。
- 各指定検診(健診)機関につきましては、保健事業一覧表もしくは当組合ホームページをご参照ください。
- 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。
- ご不明な点がございましたら医療施設課までお問い合わせ下さい。【☎ 052-882-9686】

実施者名簿

事業所記号					
保険証番号	氏 名	それぞれの薬を服用していますか。また、現在1ヶ月以上たばこを吸っていますか（○をつけてください）			
	生 年 月 日				
		高血圧	はい・いいえ	コレステロール	はい・いいえ
	昭・平 年 月 日	血 糖	はい・いいえ	たばこ	はい・いいえ
		高血圧	はい・いいえ	コレステロール	はい・いいえ
	昭・平 年 月 日	血 糖	はい・いいえ	たばこ	はい・いいえ
		高血圧	はい・いいえ	コレステロール	はい・いいえ
	昭・平 年 月 日	血 糖	はい・いいえ	たばこ	はい・いいえ
		高血圧	はい・いいえ	コレステロール	はい・いいえ
	昭・平 年 月 日	血 糖	はい・いいえ	たばこ	はい・いいえ
		高血圧	はい・いいえ	コレステロール	はい・いいえ
	昭・平 年 月 日	血 糖	はい・いいえ	たばこ	はい・いいえ
		高血圧	はい・いいえ	コレステロール	はい・いいえ
	昭・平 年 月 日	血 糖	はい・いいえ	たばこ	はい・いいえ
		高血圧	はい・いいえ	コレステロール	はい・いいえ
	昭・平 年 月 日	血 糖	はい・いいえ	たばこ	はい・いいえ
		高血圧	はい・いいえ	コレステロール	はい・いいえ
	昭・平 年 月 日	血 糖	はい・いいえ	たばこ	はい・いいえ
		高血圧	はい・いいえ	コレステロール	はい・いいえ
	昭・平 年 月 日	血 糖	はい・いいえ	たばこ	はい・いいえ
		高血圧	はい・いいえ	コレステロール	はい・いいえ
	昭・平 年 月 日	血 糖	はい・いいえ	たばこ	はい・いいえ
		高血圧	はい・いいえ	コレステロール	はい・いいえ
	昭・平 年 月 日	血 糖	はい・いいえ	たばこ	はい・いいえ

氏名が書ききれない場合は、お手数ですが実施者名簿をコピーしてご利用ください。