

助 成 額 (一・特・生・ド・婦・前)	円
------------------------	---

※この欄は記入しないでください。

各種検診（健診）・人間ドック・前立腺検査/利用申込書・費用申請書

被保険者証	記号	9920	番号		被保険者氏名		(印)
受診者氏名	フリガナ			続柄		受診者生年月日	昭・平 年 月 日
住 所	〒 — TEL () —						
受 診 日	令和 年 月 日 ()	検診機関名					
検診の種類	一般検診・特定健診・生活習慣病検診・人間ドック・婦人科検診						
特定健診に関する質問 (○をつけてください)	血圧を下げる薬を服用していますか。					は い ・ いいえ	
	血糖を下げる薬を服用していますか。					は い ・ いいえ	
	コレステロールを下げる薬を服用していますか。					は い ・ いいえ	
	現在、1ヶ月以上たばこを吸っていますか。					は い ・ いいえ	
振 込 先	銀行名				支店名		
	口座番号				名 義	フリガナ	
対 象	被保険者	一般検診・特定健診・生活習慣病検診・人間ドック・婦人科検診					
	被扶養者	特定健診・人間ドック・婦人科検診					

令和 年 月 日

【注意事項】

- ・検診当日において任意継続健康保険を資格喪失しているときは補助対象外です(費用は全額自己負担になります)。
- ・**特定健診は年度中40歳以上に達した方が対象です。また、特定健診に関する質問票もご記入ください。**
(婦人科検診、前立腺検査のみ受診の場合は記載不要です)
- ・検診の種類は○をつけてください。なお、それぞれの検診(健診)に対し必要項目に満たない場合はその検診(健診)の補助対象外になります。
- ・振込先欄は、検診費用を全額検診機関に支払って費用の申請をする場合のみご記入ください。
- ・助成金の申請をする場合は、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)と検診結果表または電子データ(XML形式 ※婦人科検診、前立腺検査のみ受診の場合は不要)を添付してください。
- ・提出いただいた個人情報は、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までご連絡ください。《 TEL 052-882-9686 》