

助成総額	円	人数	名
		1人当額	円

※上記欄は記入しないでください。

一泊・半日人間ドック・婦人科検診・前立腺検査費用申請書

被保険者	記号	番号	氏名
受診者氏名		男女	続柄
受診者住所	〒		TEL ()
検診機関名		受診日	令和 年 月 日
特定健診に関する質問 (○を付してください)	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
	たばこ	1吸っている 2以前は吸っていたが最近1ヶ月は吸っていない 3吸っていない	
上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 事業所 所在地 名称 事業主名			

1. 対象者

- ・人間ドック：年度中30歳以上の被保険者、被扶養者
- ・乳がん検診：年度中30歳以上の女性被保険者、被扶養者
- ・子宮がん検診：年度中20歳以上の被保険者、被扶養者
- ・前立腺検査（腫瘍マーカーのみ）：年度中50歳以上の被保険者、被扶養者

2. 検診機関発行の領収書または請求書および検診（検査）結果表（いずれも写可）を添付してください。補助金については、事業主あてに送金いたしますのでご了承ください。

3. 年度中に40歳以上になられる方は、上記「特定健診に関する質問」にもご回答をお願いします。人間ドックの費用申請をせず婦人科検診、前立腺検査の費用を申請される場合は「特定健診に関する質問」のご回答および結果表の添付は不要です。

4. 次の場合は、補助の対象外となります。

- ・特定健診、生活習慣病検診以上の検査項目の受診をしていない
- ・胃または腹部超音波検査のどちらも実施をしていない
- ・巡回総合健診（女性のみ）を受診済み
- ・受診日から1年を超えている
- ・婦人科検診、前立腺検査の費用が人間ドック等の検診費用に含まれている

5. それぞれ年度内1回のみ補助となります。

6. 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。

7. 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

愛知県トラック事業健康保険組合