

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

被保険者証	記号	番号	被保険者氏名
受診者氏名	フリガナ (男・女)		続柄
受診者住所	〒 - TEL () -		
受診者住所	TEL () -		
検診機関名	検診年月日 年 月 日 ()		
特定健診に関する質問	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

年 月 日

事業所

所在地

名称

事業主名

愛知県トラック事業健康保険組合 殿

【上記検診（検査）の費用申請について】

- ① 検診（検査）費用を申請する場合は、領収書または請求書及び検診（検査）結果表（いずれも写可）を添付してください。
また、補助金については、事業所宛に送金いたしますのでご了承ください。
- ② 年度中40歳以上に該当される方は、上記特定健診に関する質問欄にも必ず記入してください。
なお、婦人科検診、前立腺検査のみ費用申請の場合、特定健診に関する質問欄への記載及び電子データの提出は不要です。
- ③ 受診する際、事業所もしくは受診者本人が直接検診機関へ予約をしてください。
- ④ 次の場合は、補助の対象外となります。
なお、人間ドックについては特定健診、生活習慣病検診以上の検査項目を必ず受診して下さい。
 - (1) 胃または腹部超音波検査のどちらも実施していない場合
 - (2) 巡回総合健診（女性のみ）を受診済みの場合
 - (3) 検診（検査）日から1年を超えて申請した場合
 - (4) 婦人科検診、前立腺検査を実施された際、これら検診（検査）が人間ドック等の検査費用に含まれている場合
- ⑤ 補助については年度内1回のみとなります。又、出張料金（医師の派遣等含む）につきましても、補助の対象外です。
- 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 補助対象者について、**人間ドックは年度中30歳以上の被保険者・被扶養者の方。乳がん検診は年度中30歳以上の被保険者・被扶養者の方。子宮がん検診は年度中20歳以上の被保険者・被扶養者の方。前立腺検査は年度中50歳以上の被保険者・被扶養者（男性のみ）の方です。**
- ⑧ 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ください。【☎052-211-7821】