

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	〇〇〇	番号	〇〇〇	被保険者氏名	〇〇 〇〇
受診者氏名	フリガナ	ケンポ	タロウ	健保	太郎	昭平 〇〇年〇〇月〇〇日〇〇歳
検診機関名	〇〇〇クリニック			検診年月日	令和〇〇年〇〇月〇〇日	
問診	血圧を下げる薬を服用していますか。					1. はい ・ 2. いいえ
	血糖を下げる薬を服用していますか。					1. はい ・ 2. いいえ
	脂質(コレステロール)を下げる薬を服用していますか。					1. はい ・ 2. 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				
※受診者が複数(団体)の場合、2人目以降は実施者名簿を使用してください。						
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。 令和〇〇年〇〇月〇〇日						
事業所所在地 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇-〇〇 事業名称 〇〇〇〇運輸株式会社 事業主名 代表取締役 〇〇 〇〇						
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】

人間ドック・婦人科検診・前立腺検査には補助対象年齢が定まっております。申請する際には、必ずご確認をお願いいたします。

①申請書を提出する際に必要な添付書類(申請書のみ原本、他は写し可)

◇検診機関の領収書または請求書(1人当りの単価・受診者名がわかるもの)

※請求書の場合、振込明細書も必ず添付してください。

◇検診結果表(複数枚ある場合は全ての頁)

◇複数名の場合、実施者名簿

②次の場合は、補助の対象外となります。

- ・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
- ・がん検診・脳ドック・無呼吸症候群検査
- ・共同巡回健診(女性のみ)を受診済みの場合
- ・検診日から2年を超えて申請した場合
- ・婦人科・前立腺検査について、ドック等の検査費用に含まれている(単価がない)場合

③任意継続加入者の方は余白に振込先(銀行名・支店名・口座番号・種別・名義)を記入して下さい。

④各指定検診(健診)機関につきましては、健診機関一覧をトラックファミリーまたはホームページにも掲載しているので、ご参照ください。

⑤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。また補助金の内容等については各種健康診査等実施規定に基づき実施します。

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。 【TEL 052-882-9686】