

決 裁	常務理事	事務長	課長	係長	主任	係

No. _____

助成額 _____ 円

※この欄は記入しないでください。

特定保健指導利用申込書・費用申請書

被保険者	記号	番号	氏名
利用者氏名			続柄
利用者住所	〒 _____		利用者生年月日
特定健診受診年月日	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	特定健診受診機関名	昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日
保健指導の種類	動機付け支援・積極的支援	集合契約利用の有無	TEL (_____) _____
特定保健指導の費用申請をする場合のみご記入ください。			
実施機関名			申請回数
実施期間	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	～	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 事業所所在地 事業主名			

特定保健指導の費用は全額健康保険組合が負担します。

1. 契約健診機関で保健指導を受ける場合は、直接契約健診機関に申し込みをし、保健指導を受けてください。この用紙の提出は不要です。
2. 契約健診機関以外で保健指導を受ける場合は、健康保険組合あてに『利用券』を依頼した後、実施期間に申し込みをし、保健指導を受けてください。
費用申請をする場合は、領収書と結果(保健指導記録票)を添付してください。
3. この助成金につきましては、事業所あてに送金しますのでご了承ください。
任意継続加入者が助成金の申請をする場合は、振込先の銀行名、支店名、口座番号を余白に記入してください。
4. 『特定保健指導利用券』は有効期限を過ぎるとご利用になれませんのでご注意ください。
5. 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定に基づいて管理します。
6. ご不明な点は医療施設課までお問い合わせください。 TEL 052-882-9686

愛知県トラック事業健康保険組合