

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

被保険者証	記号	番号	被保険者氏名	①
利用者氏名	フリガナ	続柄	利用者生年月日	昭・平 年 月 日
利用者住所	〒 - TEL () -			
特定健診受診年月日	令和 年 月 日	特定健診受診機関名		
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	集合契約を利用する・集合契約を利用しない	
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。				
保健指導実施機関名	申請回数		回目	
保健指導実施期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			

令和 年 月 日

事業所
所在地
名称
事業主名

愛知県トラック事業健康保険組合 殿

【この利用申込書・費用申請書について】

- 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込みをし、保健指導を受けて下さい。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、健保組合宛に『利用券』を依頼した後、実施機関に申込みをし、保健指導を受けて下さい。
費用申請をする場合は、領収書と結果（保健指導記録票）を添付して下さい。
また、この助成金につきましては、事業所宛に送金いたしますのでご了承下さい。
- ③ 「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下さい
- ④ 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下さい。
- ⑤ ご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。
- ⑥ ご不明な点がございましたら、医療施設課までご連絡ください。 【 ☎052 - 882 - 9686 】

※ 特定保健指導の費用は全額健保組合が負担します。