

・一般 ・特定 ・生活	・婦人科 ・前立腺	円	人数	名
助成金総額			1人当額	円

※上記欄は記入しないでください

一般検診・特定健診・生活習慣病検診・婦人科検診・前立腺検査補助金申請書

事業所記号	〇〇〇〇	事業所名	〇〇〇〇運輸株式会社	
実施年月日	令和〇年〇月〇日 ~ 令和〇年〇月〇日			
実施者数	〇〇名			
実施健診機関	〇〇〇〇クリニック			
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。 令和〇年〇月〇日				
事業所 所在地 〇〇〇〇運輸株式会社 名称 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇-〇〇 事業主名 〇〇 〇〇				
愛知県トラック事業健康保険組合 殿				
一般検診	被保険者のみ対象		いずれか年度内1回補助	
特定健診	年度中に40歳以上の被保険者・被扶養者			
生活習慣病検診	被保険者のみ対象			

【上記検診（健診）の補助金申請について】

特定健診・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）

◇実施者名簿

◇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）

②次の場合は、補助の対象外となります。

- ・検診（健診）日から2年を超えて申請した場合
- ・巡回レディース健康診断を受診済みの場合
- ・婦人科、前立腺検査について、他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】