

| | | |
|------|-----|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 担当者 |
| | | |

家族健康診断還付申請書

| | | |
|------------------|--|---|
| 被保険者証の 記号と番号 | 記号： 番号： | (※) 家族健康診断の還付申請には、下記の項目をすべて実施する必要があります。 身長 / 体重 / 腹囲 / 視力 / 聴力 血圧測定 / 心電図 / 胸部X線 AST (GOT) / ALT (GPT) / γ -GT (γ -GTP) 総コレステロール / HDLコレステロール LDLコレステロール / 中性脂肪 空腹時血糖 / HbA1c / 尿糖 / 尿蛋白 尿潜血 / 尿酸 / クレアチニン 赤血球 / 白血球 / 血色素 / 血小板 ヘマトクリット / 医師診察 |
| 被保険者氏名 | | |
| 受診者氏名 | | |
| 受診者生年月日 | 年 月 日 | |
| 受診日 | 令和 年 月 日 | |
| 受診した 健診機関 | 名称： 電話： () | |
| 窓口での支払額 (税込額) | 円 | (還付額) 円 |
| 振込先口座 | 銀行 | |
| | 支店 | |
| | 種別：普通 | 口座番号： |
| 名義人 | フリガナ | |

【対象者】 被扶養者である配偶者（年齢制限なし）

【対象期間】 令和3年4月～令和4年2月末日の間に受診した健康診断

【受診先】 希望する健診機関

【検査項目】 表内の(※)部分に記載した項目を必須とします（項目を満たさない場合は補助対象外）。

【補助内容】 窓口支払額（税込）のうち12,000円を限度として、その90%を還付します。

（ただし必須項目以外の項目を同時実施したときは、相当額を減額する場合があります）

【申請方法】 対象者が希望する健診機関で受診した後、この書類の太枠内を記入の上、

領収書の原本、健診結果の写し、特定健診質問票を添付して申請してください。

【申請期限】 令和4年3月15日必着

この申請書に記入された個人情報は、還付を行う目的以外には使用しません。