

健康診断補助金支給申請書(個人払い用)

神奈川県建設連合国民健康保険組合理事長 殿

以下の欄に必ずご記入ください。個人情報の取り扱いについて同意の上、組合員氏名の欄に署名又は記名・押印をお願いします。個人情報の取り扱いについて同意しない場合、又は年度末年齢が40歳以上の方で下記質問の回答の記入がない場合は補助の対象から除外されます。（追加健診のみの申請は質問の記入は不要です。）

保険証 記号番号	記号	番号						受診者氏名	
	36								
受診年月日	年 月 日						組合員氏名	⑩	
年度末年齢が40歳以上の方は、下記の質問についてあてはまる番号に○印をつけてご回答をお願いします。									
1. 血圧を下げる薬を服用していますか。							1. はい	2. いいえ	
2. インスリン注射または血糖を下げる薬を服用していますか。							1. はい	2. いいえ	
3. 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	
4. 現在たばこを習慣的に吸っていますか。							1. はい	2. いいえ	
5. 今までにかかった病気はありますか。(既往歴)							1. はい	2. いいえ	
はいと答えた方は当てはまるものに○印をつけてください。 1. 高血圧 2. 糖尿病 3. 脂質異常症 4. 狭心症 5. 心筋梗塞 6. 脳梗塞 7. 痛風 8. 貧血 9. 肝臓病 10. 腎臓病 11. 胃潰瘍 12. ぜん息 13. その他()									
6. 病気と思われる症状はありますか。(自覚症状)							1. はい	2. いいえ	
7. 医師から指摘された症状はありますか。							1. はい	2. いいえ	

【必要な書類】

- ①領収書（個人名の明記があるもの）コピー可 ②健康診査結果票全てのコピー（問診票含む）
 ③保険給付金支部送金申請書（※支部送金の場合のみ）必ず備考欄に健診と記載してください。

【個人情報の取扱いについての確認事項】

健康診査結果及び質問票の個人情報は、健康診断補助金支給に係る計算や被保険者の健康の保持増進のための事業に利用します。当組合における個人情報の利用目的や取扱いに同意する場合は、受診者氏名欄に署名をお願いします。

支 部 担当者印		送 金 先 (いずれかに○印をつけてください)	1. 本人	2. 支部
-------------	--	----------------------------	-------	-------

【国保組合使用欄】

決 済		保 健 課		
常務理事	事務局長	保健課長	保健課係	受付
決定日付		点検	入力	請求番号
決定金額				
¥				