

※受診された年度をご記入ください

年度 奥さま補助金 申請書

健康診断を受診しましたので、補助金を請求いたします。※ 他の健診コースと重複した場合は全額返金していただきます

申請日	年 月 日	健診日	年 月 日
保険証	記号	番号	フリガナ
			受診者名
生年月日	年 月 日 (歳)	TEL	
QUOカード 送付先住所	〒 _____		
こちらの質問に ご回答ください	● 腹囲 cm		
	● 現在、以下の薬をのんでいますか		
	A.高血圧症	1. はい	2. いいえ
	B.糖尿病	1. はい	2. いいえ
	C.脂質異常症	1. はい	2. いいえ
	● 現在、たばこを習慣的に吸っている	1. はい	2. いいえ (やめた)
	● これまでに特定保健指導を受けたことがありますか	1. はい	3. いいえ
	● 健診はどこで受けましたか	健診受診機関名 ()	
	● 健診費用の支払いはどうされましたか	1. パート先、自治体が全額負担 2. 受診された方が負担 (金額 円)	
	※せきゆけんぼの健診(D1・B・A2コース・女性生活習慣病予防健診)は奥さま補助金の対象外となります		

※2に該当する方

健診費用が3,000円以上の領収書をお持ちで、下記の必須健診項目を満たしている方には、奥さま補助金よりお得な補助金制度をご案内できる場合があります。
詳しくは保健事業課までお電話いただくか、せきゆけんぼホームページの補助金制度をご覧ください。

[必須健診項目: 身長・体重・腹囲・血圧・尿蛋白・尿糖・AST(GOT)・ALT(GPT)・γ-GTP・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(またはHbA1c)]

【補助金支給条件】

- ① 受診日当日および申請日当日に当組合の資格がある方
- ② 30歳以上の被扶養配偶者(奥さま)
- ③ 同年度においてせきゆけんぼの健診や補助を1度も利用していない方
- ④ 必須検査項目を全て受診している方
身長・体重・腹囲・血圧測定・血液検査《AST(GOT)・ALT(GPT)・γ-GTP・HDLコレステロール・LDLコレステロール・中性脂肪・空腹時血糖またはHbA1c》

※身長・体重・血圧の自己測定は認められません

【申請期限】

健診を実施した日の翌日から2か月以内

※QUOカードは、申請から約1~2か月後、ご記入いただいたご住所へ送付いたします。

【提出書類】

- ① 奥さま補助金 申請書
- ② 健診結果のコピー
(受診者名、受診日、健診機関名、自治体名、各検査項目の数値が記載されているすべてのページ)

【提出・問合せ先】

〒102-0075 東京都千代田区三番町1-5 5F
せきゆけんぼ 保健事業課
TEL 03-3265-3289

※当請求書および添付書類に記載された個人情報、組合保健事業の遂行のために使用し、他の目的には使用いたしません。