



# 奥さま補助金 チェックシート

## Check ①

30歳以上の被扶養配偶者（奥さま）ですか？

\* 健診日に石油健保の資格がある奥さま \* 年齢は年度末（3月31日）時点の年齢

いいえ

はい

## Check ②

申請の〆切は過ぎていませんか？

申請〆切：健診を実施した翌日から6ヶ月以内

いいえ

はい

## Check ③

ご提出いただく健診日の年度内（4月～翌3月）に石油健保の各種健診を受けましたか？

各種健診：東振協の健診、婦人生活習慣病健診、補助金制度

はい

受診していません

## Check ④

健康保険証を使用して外来で受けた検査（自己負担3割の保険診療）ですか？

はい

いいえ

## Check ⑤

健診結果に以下の項目が記載されていますか？

**不足がある場合はQUOカードは送付できませんので、必ずご確認ください**

いいえ

検査項目	✓
健診受診日	<input type="checkbox"/>
身長 ★	<input type="checkbox"/>
体重 ★	<input type="checkbox"/>
腹囲 ★	<input type="checkbox"/>
血圧（最高/最低）	<input type="checkbox"/>

★ 自己測定も可能です。  
申請書にご記入ください。

検査項目	✓	
血液検査	AST (GOT)	<input type="checkbox"/>
	ALT (GPT)	<input type="checkbox"/>
	γ-GTP	<input type="checkbox"/>
	HDLコレステロール	<input type="checkbox"/>
	LDLコレステロール	<input type="checkbox"/>
	中性脂肪	<input type="checkbox"/>
	空腹時血糖またはHbA1c	<input type="checkbox"/>

すべて記載されています

申し訳ありませんが、  
対象外になります



## 申請手続き

**必要書類を揃えて、せきゆけんぽ保健事業課までご郵送ください**

- 【必要書類】① 被扶養者配偶者健診補助金 申請書  
② 健診結果コピー（受診者名・健診機関・各検査項目の数値が記載しているページもコピーしてください）

【申請先】 〒102-0075 東京都千代田区三番町1-5 5F  
せきゆけんぽ 保健事業課

