

被扶養者健診 補助金申請書

保 険 証	記 号		番 号	
受診者氏名			被保険者氏名	
生年月日	年 月 日			
受診年月日	年 月 日			
受診機関名				
受診料				円

◆添付書類 ①領収書（原本）
②検査結果表全てのコピー

健診結果コピーに下記項目があることを確認下さい。
ない場合は、必ず下記の表にご記入下さい。

*健保記入欄

健保負担		円	身長		
個人負担		円	体重		
			BMI (=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m))		
			腹 囲		
			既往歴	既往歴の有無	
			自覚症状	(所見)の有無	
			他覚症状	(所見)の有無	
			血 圧		
			中性脂肪 (トリグリセリド)		
			HDL コレステロール		
			LDL コレステロール		
			GOT (AST)		
			GPT (ALT)		
			γ-GT (γ-GTP)		
			どちらか	空腹時血糖	
				HbA1c	
			尿糖		
			尿蛋白		
			血圧の服薬の有無		
			血糖の服薬の有無		
			脂質の服薬の有無		
			喫煙の有無		

(注1) 健診結果は、健康保険組合にて、健康管理事業や保健事業に使用しますので
あらかじめご了承ください。

(注2) 被扶養者健診補助金は、年度末時点で35歳以上の被扶養者が対象です。