

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
個人負担		円

身長		
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。