

被扶養者健診 補助金申請書

保 険 証	記 号	〇〇	番 号	〇〇〇〇〇〇
受診者氏名	健保 花子		被保険者氏名	健保 太郎
生年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日			

受診年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日
医療機関名	〇〇総合病院
受診料	00,000 円

◆添付書類 ①領収書
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	000.00cm
	体重	00.0kg
	BMI (=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m))	00.0
	腹囲	00cm
既往歴	既往歴の有無	有 or 無
自覚症状	(所見)の有無	有 or 無
他覚症状	(所見)の有無	有 or 無
	血圧	000/00
	中性脂肪 (トリグリセリド)	00
	HDL コレステロール	00
	LDL コレステロール	000
	GOT (AST)	00
	GPT (ALT)	00
	γ-GT (γ-GTP)	00
どちらか	空腹時血糖	00
	HbA1c	0.0
	尿糖	(+)or(-)
	尿蛋白	(+)or(-)
	血圧の服薬の有無	有 or 無
	血糖の服薬の有無	有 or 無
	脂質の服薬の有無	有 or 無
	喫煙の有無	有 or 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。