

※こちらの枠は記入しないでください

本件決定してよろしいか伺います				常務理事	部長	課長	主任	担当者	
支給額	┆	┆	┆						
決定日	年	月	日	支給日	年	月	日		
資格取得日	年	月	日	資格喪失日	年	月	日		
認定日	年	月	日	領収書・結果表は ー に添付					
支給額	①生活習慣病健診(A)			円	－	5,060	円	＝	円 (15,000円)
	②生活習慣病健診(B)			円	－	3,564	円	＝	円 (10,000円)
	③健康管理診査			円	－	2,035	円	＝	円 (2,000円)
	④特定健康診査			円	－			＝	円 (5,000円)
	⑤乳がん検査			円	－	2,035	円	＝	円 (3,000円)
	⑥子宮がん検査			円	－	1,012	円	＝	円 (2,000円)

健診(診査・検査)補助金請求書

(本人 ・ 家族)

※鉛筆や消えるボールペンは使用しないでください

健康保険証の 記号・番号	ー		事業所名		
受診(検)者名	男 女	生年 月日	S H	年	月 日 (歳)
該当する項目に ○をしてください	① 生活習慣病健診(A) (30才以上)		③ 健康管理診査 (39才以下)		⑤ 乳がん検査
	② 生活習慣病健診(B) (29才以下)		④ 特定健康診査 (40才以上)		⑥ 子宮がん検査
受診(検)年月日	令和	年	月	日	健康診断費用 円
乳がん検査費用	円	子宮がん検査費用	円		円
健診(診査・検査)を 受けた健診機関名	※組合が契約している健診機関で受けられた場合は申請できません。 (TEL:)				
健診機関所在地	〒				

上記のとおり 健診(診査・検査) を受けましたので補助金を請求します。
請求したこの補助金の領収方を私の勤務する事業所の事業主に委任します。

令和 年 月 日 被保険者名 (印)

被保険者住所 〒

電話番号

大阪ニット健康保険組合理事長 殿

振込先指定口座 銀行 支店

(フリガナ)

口座名義人 普通・当座 口座番号

○補助金の領収は原則として被保険者が勤務されている事業所の事業主となりますので、振込先指定口座欄には事業主の指定口座をご記入ください。

○記載した内容を修正する際は、修正液・修正テープ等を使用せず、請求者の訂正印をお願いします。
(訂正印は、捺印している同一印をお願いします。)

健診補助金申請に係る届出書

記号・番号	—	受診者名	
-------	---	------	--

※該当するものに○印又は記入してください

既往歴 <small>※現在治療中ではない病名</small>	1. なし 2. あり 病名 ()
現在治療中の病気	1. なし 2. 高血圧症 3. 糖尿病 4. 高コレステロール血症や脂質異常症 5. その他治療中の病名 ()
現在服薬中のお薬	1. なし 2. 血圧を下げる薬 3. 血糖を下げる薬又はインスリン注射 4. コレステロールや中性脂肪を下げる薬 5. その他服薬中の薬剤名 ()
自覚症状	1. なし 2. あり
喫煙習慣	1. 吸わない 2. 吸っている
腹 囲	実測 () cm ※健診結果表に記載がない場合ご記入ください。

上記のとおり報告します。

令和 年 月 日

大阪ニット健康保険組合 健康管理課
電話番号 06-6243-1048
FAX番号 06-6243-0783

健診（診査・検査）補助金請求書について

健診補助金請求とは、**契約健診機関以外**で受診された場合に限り、年（4月～3月）に1回、健診費用（乳がん・子宮がん検査費用）の一部を補助するものです。

（※健康保険を使った場合は、請求できません。）

- 原則として契約健診機関で実施している《健康診断、乳がん・子宮がん検査》の項目と同様の実施項目を受診された場合に対象となります。
（項目については、保健事業のしおりまたは、ホームページをご覧ください。）
- 健康診断と同じ日に、乳がん検査、子宮がん検査をされた場合は同じ請求書（一枚）でご請求ください。
- 訂正（書き直し）された場合は、被保険者が捺印された印鑑を訂正印として押してください。

《添付書類》

- ◎ 補助金請求書には、必ず 健康診断（乳がん・子宮がん検査）結果表と領収書《受診者氏名（受検者氏名）あて》のコピーを添付してください。

領収書には、必ず 健康診断料、〇〇検査料と明記されているものをお願いします。

また、健康診断と同じ日に、乳がん検査、子宮がん検査をされた場合は、領収書に各種費用を明記してもらってください。

健康診断結果表をコピーする際は、健診機関名、判定された医師名が載っている頁もコピーしてください。

※ 生活習慣病健診及び健康管理診査を受診された特定健康診査の項目部分については、その健診結果を利用し特定保健指導に活用させていただきますので、ご了承願います。

また、取得した組合員の個人情報については、当組合個人情報保護規定に基き、漏えい、紛失、改ざん等の防止を徹底し、個人情報の保護に万全を期します。

大阪ニット健康保険組合

健康管理課 TEL：06-6243-1048

裏面もあり

⇒

支給額について

1. **生活習慣病健診（A）** 30歳以上の組合員が対象となります。
健診料から一部負担金相当額 ¥4,600 +（税）を控除した額。
ただし、¥15,000（税込）を限度とします。
2. **生活習慣病健診（B）** 29歳以下の組合員が対象となります。
健診料から一部負担金相当額 ¥3,240 +（税）を控除した額。
ただし、¥10,000（税込）を限度とします。
3. **健康管理診査**
健診料から一部負担金相当額 ¥1,850 +（税）を控除した額。
ただし、¥2,000（税込）を限度とします。
4. **特定健康診査** 40歳以上の組合員が対象となります。
健診料を全額補助。
ただし、¥5,000（税込）を限度とします。
5. **乳がん検査**
乳房X線検査（マンモグラフィ）または超音波検査（マンモエコー）を受検した場合に対象となります。
検査料から一部負担金相当額 ¥1,850 +（税）を控除した額。
ただし、¥3,000（税込）を限度とします。

※なお、乳房X線検査と超音波検査をセットで実施した場合についても、
¥3,000（税込）を限度とします。
6. **子宮がん検査**
医師が採取する子宮頸がん細胞診検査を受検した場合に対象となります。
検査料から一部負担金相当額 ¥920 +（税）を控除した額。
ただし、¥2,000（税込）を限度とします。