※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人間ドック健診			円	－	11,000円	＝	円 (20,000円)
	②生活習慣病健診(A)			円	－	5,060円	＝	円 (15,000円)
	③生活習慣病健診(B)			円	－	3,564円	＝	円 (10,000円)
	④健康管理診査			円	－	2,035円	＝	円 (2,000円)
	⑤特定健康診査			円	－		＝	円 (5,000円)
	⑥乳がん検査			円	－	2,035円	＝	円 (3,000円)
	⑦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

被保険者等の記号番号	－	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 人間ドック健診 (40才以上) ③ 生活習慣病健診(B) (29才以下) ⑤ 特定健康診査 (40才以上) ② 生活習慣病健診(A) (30才以上) ④ 健康管理診査 (39才以下) ⑥ 乳がん検査 ⑦ 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
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 _____ 被保険者住所 〒 _____ 電話番号 _____ <div style="text-align: right;">大阪ニット健康保険組合理事長 殿</div>			
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	

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しないでください。

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
F A X 番 号 06-6243-0783