

決 裁	事務局長	確 認	担 当

処 理	台帳	
	調定簿	

健康診断助成金請求書

金 円也

上記の金額を請求します

令和 年 月 日

住 所

組合員

氏 名

岐阜県建設国民健康保険組合 理事長 様

被保険者証の 記号番号		健康診断を受けた 被保険者氏名		組合員との 続柄	
----------------	--	--------------------	--	-------------	--

質問事項 1~4 は必ずご記入ください

1	血圧を下げる薬を服用していますか？	はい・いいえ
2	血糖を下げる薬を服用、またはインスリンを注射していますか？	はい・いいえ
3	コレステロールや中性脂肪を下げる薬を服用していますか？	はい・いいえ
4	現在、たばこを服用していますか？ <small>「現在習慣的に喫煙している者」とは、「合計 100 本以上、または 6ヶ月以上吸っている者」であり、最近 1カ月も吸っている者</small>	はい・いいえ・やめた

添付書類 に をしてください ①領収書(原本) ※事業所が一括支払いの場合は個々の領収書または内訳明細を添付 ②健診結果(数値の記載のあるもの)の写し

【必須項目】・受診日 ・受診医療機関 ・医師の診察所見 ・身長 ・体重 ・BMI ・腹囲
 ・血圧(高・低) ・HDL・LDL コレステロール ・中性脂肪 ・尿蛋白(+・-) ・尿糖(+・-)
 ・空腹時血糖または HbA1c ・GOT(AST) ・GPT(ALT) ・ γ -GTP

 ③受診券(届いている方のみ)

≪ 指定医療機関 ≫

岐阜地区	<input type="checkbox"/> 岐阜市民病院	<input type="checkbox"/> みどり病院	<input type="checkbox"/> 朝日大学病院総合健診センター	<input type="checkbox"/> 山内ホスピタル
	<input type="checkbox"/> 操健康クリニック	<input type="checkbox"/> 岐北厚生病院	<input type="checkbox"/> ぎふ総合健診センター	<input type="checkbox"/> サンライズクリニック
西濃地区	<input type="checkbox"/> 大垣市民病院	<input type="checkbox"/> 大垣徳洲会病院	<input type="checkbox"/> 岐阜健康管理センター大垣支部大垣健診プラザ	
	<input type="checkbox"/> 西美濃厚生利院	<input type="checkbox"/> 博愛会病院	<input type="checkbox"/> 西濃厚生利院	
東濃地区	<input type="checkbox"/> 東濃厚生利院	<input type="checkbox"/> 中津川市民病院	<input type="checkbox"/> 土岐市立総合病院	<input type="checkbox"/> 市立恵那病院
中濃地区	<input type="checkbox"/> 中濃厚生利院	<input type="checkbox"/> 岐阜健康管理センター	<input type="checkbox"/> 中部国際医療センター	
	<input type="checkbox"/> 可児とうのう病院健康管理センター			
飛騨地区	<input type="checkbox"/> 下呂温泉病院	<input type="checkbox"/> 下呂市立金山病院	<input type="checkbox"/> 久美愛厚生利院	<input type="checkbox"/> 国保飛騨市民病院

※年度内1回の支給のため、特定健診受診券を利用し受診された方および、出張健診を受診された方(予定の方含む)は申請できません。

振込先金融機関		総支部名	
銀行 信用金庫 農協 信用組合 労働金庫		支 部 名	
		受付日付印	
預金種別	普通(総合)・当座		
口座番号	店番号	口座番号	
		-	
名義人 (組合員本人)	カタカナで記入		