様式第 22 号

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

令 和　　年　　月　　日

上記の金額を請求します

住 所

組合員

氏 名

岐阜県建設国民健康保険組合　理事長　様

被保険者証番号(枝番)	－　（　）	受診者氏名		組合員との続柄	

質 問 事 項　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？ 「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 ヵ月も吸っている者	はい ・ いいえ ・ やめた

併給調整申告※　不正申告の場合は返還していただきます

岐建国保以外で健診の補助金等受けていますか？申請予定含む	いいえ ・ はい（受給額　　円）

支給条件確認　□に✓をしてください　※安衛法等で事業主に義務付けられている健診費用は事業主が負担すべきものとなっております

□ 雇入れ時健康診断など就職時に必要な健診ではありません※

□ 今年度受診券による健診、出張健診の受診はしていません（予定含む）

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も個々の領収書（原本）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	□岐阜市民病院	□みどり病院	□朝日大学病院総合健診センター	□山内ホスピタル
	□操健康クリニック	□岐北厚生病院	□ぎふ綜合健診センター	□サンライズクリニック
西濃地区	□大垣市民病院	□大垣徳洲会病院	□岐阜健康管理センター大垣支部大垣健診プラザ	
	□西美濃厚生病院	□博愛会病院	□西濃厚生病院	
東濃地区	□市立恵那病院	□中津川市民病院	□東濃中部医療センター	
中濃地区	□中濃厚生病院	□岐阜健康管理センター	□中部国際医療センター	
	□可児とうのう病院健康管理センター			
飛騨地区	□下呂温泉病院	□下呂市立金山病院	□久美愛厚生病院	□国保飛騨市民病院

振込先金融機関	銀行 信用金庫 農協 信用組合 労働金庫　本店 支店 出張所　支店コード	預金種別　1 普通　2 当座 口座番号	受付日付印
	名義人（組合員本人）　カタカナで記入	総支部名	

※総支部受付印をお願いします　※個人情報保護法に基づき上記の利用目的以外には使用しません　　2026.10.1 更新

※併給調整・・・健康診断の助成金は「実費補助」が原則のため、複数の団体からの受給は可能であるが、
受給額の合計が健診費用を超えないよう調整し、重複支給を防ぐための仕組みのこと