

特定健診等結果データ提供に係る協力金申請書

金 _____ 円 (対象者 人 × 2,000円)

岐阜県建設国民健康保険組合(以下「岐建国保」という)に加入する事業主・従業員(組合員)の健診に係る協力金について、以下の書類を添付し申請します。

- ①領収書(コピー)
- ②健康診査受診者名簿(別紙に記入)
- ※ ③受診者全員の質問票(別紙組合書式へ個々に記入)
- ※ ④特定健診結果データ(別紙の健康診査内容表を満たすもの)
- ※岐建国保の出張人間ドックで有料受診した場合、③④は不要
- ※岐建国保健康診断助成金を同時に申請される場合、③④は不要

全建総連岐阜建設労働組合県本部 執行委員長 様

健診内容が判るものとして健診結果を添付する場合、健診結果を岐建国保に提供することについて、従業員の同意を得ていることを申し添えます。

令和 年 月 日 住 所
事業所名
代表者名

印

自署または記名押印

振込を希望する銀行等の名称		総支部名	
銀行 金庫 農協 信用組合		本店 支店	
預金種類	普通(総合) ・ 当座		
口座番号	店番号	口座番号	
口座名義	カタカナのみでご記入ください ※事業所名義の口座をご記入ください		
		受付日付印	

※注意：申請期間は該当年度の3月末までです。さかのぼってのお支払いはできません。

執行委員長	財政部長	書記長	次長	次長	担当

【特定健康診査内容表】

※健診結果数値と記号(+ / -)が明記された結果を提出してください。

基本的な 健診の項目	既往歴の調査（服薬歴及び喫煙習慣の状況にかかわる調査を含む）	
	自覚症状及び他覚症状の検査	
	身体測定	身長・体重・腹囲・BMI
	血 圧	収縮期血圧・拡張期血圧
	血中脂質	中性脂肪・HDL-コレステロール・LDL-コレステロール
	肝機能検査	GOT(AST)・GPT(ALT)・ γ -GTP(γ -GT)
	血糖検査	空腹時血糖（空腹時でないときはヘモグロビンA1c）
	尿 検 査	糖・蛋白

事業所名

代表者名

特定健康診査受診者名簿

	保険証番号	氏 名	生年月日	年 齢	
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					