

【提出先：申請者→プルデンシャル健保組合】

【個人用】

家族（被扶養者）生活習慣病健診 補助金申請書

被保険者証 記号-番号	記号	番号	申請日	年	月	日
フリガナ			事業所名	<input type="checkbox"/> PHJ	<input type="checkbox"/> POJ	
被保険者氏名（自署）				<input type="checkbox"/> PGSJ	<input type="checkbox"/> PGA	
被保険者連絡先 （日中連絡可能な電話番号）	（ ） <input type="checkbox"/> 勤務先・ <input type="checkbox"/> 携帯・ <input type="checkbox"/> 自宅・ <input type="checkbox"/> その他		健診日		年	月 日
受診者（被扶養者）氏名			年度末年齢 （35歳以上39歳以下）			歳
健診機関名			健診機関 電話番号	（ ）		
健診機関所在地	〔 都道 府県	区市 町村 〕	受診 健診費用			円

【健診項目チェック表】

健診結果表（写）の検査実施項目と同一であることをご確認の上、チェック欄に☑表示をお願いします

健診指定項目（補助対象項目）	チェック欄
身体計測（身長、体重、BMI、腹囲）	<input type="checkbox"/>
血圧測定	<input type="checkbox"/>
検尿（尿糖、尿蛋白）	<input type="checkbox"/>
脂質検査（中性脂肪、HDL コレステロール、LDL コレステロール）	<input type="checkbox"/>
血液検査（空腹時血糖またはHbA1c）	<input type="checkbox"/>
肝機能検査（GOT、GPT、γ-GTP）	<input type="checkbox"/>
理学的検査（身体観察、問診）	<input type="checkbox"/>

※上記の指定項目のみが補助対象となります。

指定項目以外を受診した場合、その指定対象外項目については、補助の対象となりません

※検査項目は、特定健康診査（メタボ健診）と同一項目 [厚生労働省ホームページより抜粋]

振込先金融機関	銀行・信用金庫	銀行コード	(フリガナ)	支店コード	(フリガナ)
		銀行・支店名 [Oで囲ってください]	銀行 信用金庫		支店
	口座番号 (預金種目は 普通のみ)	普通口座(右詰でご記入ください)	口座名義	被保険者(社員)本人	

※振込先は、被保険者本人名義の普通預金口座をご記入ください。

【補助の対象】

- ・年度末35歳以上39歳以下の当健保組合被扶養者が補助の対象者です
- ・受診期間は、当年4月1日～翌年3月31日（請求書最終締切日は、翌年4月20日当健保組合必着）
- ・補助は年1回で同一年度中に当組合が補助を行う他の健診（人間ドック健診等）との重複補助はできません。

【健診申込】希望する健診機関へご自身で直接申込してください。当健保組合では、受診券等は発行していません。

【請求方法】受診健診料は、一旦健診医療機関に全額お支払ください。

- ・この請求書に領収書（原本・宛名は受診者名）<シート不可>と「健診結果表（写）」を添えて請求してください。
- ・領収書（原本）を紛失すると補助金を受けられなくなりますので、大切に保管してください。（領収書返却不可）

【補助金の限度額と送金方法等】

- ・健保組合の補助は健保が指定した健診項目に要した健診費用全額を補助します。  
（生活習慣病（＝特定健康診査）項目以外の健診項目が含まれていた場合は、その費用は補助対象外となります）
- ・ご指定の被保険者本人名義の金融機関口座宛に送金いたします。

※特定部位の検査（耳だけ・眼だけ、血圧だけ・・・等）、郵送検診での受診は補助の対象外です

健保組合 使用欄 (記入不要)	常務理事	事務長	確認者	担当者	補助金総額	送金年月日
					円	年 月 日

受付  
日付印