

# 健康診断補助金請求書

実施年月	令和 年 月 ~ 令和 年 月
受診者数	名

補助金受取口座について  
チェック欄(□)に『✓』を入れて、必要事項をご記入ください。

<input type="checkbox"/>	「支払金振込口座(保険給付金口座)を希望する」 ⇒【口座記入欄】のご記入は不要です
<input type="checkbox"/>	「支払金振込口座の登録がない」または「支払金振込口座以外を希望する」 ⇒【口座記入欄】にご記入ください

## 【口座記入欄】

金融機関名		支店名	
口座種別	普通預金・当座預金	口座番号	
フリガナ			
口座名義			

※ 受診者個人口座には振込できませんので、ご了承ください。

東京ニットファッション健康保険組合理事長 様	上記のとおり実施したので、補助金を請求いたします。
令和 年 月 日	事業所記号 ( )
	事業所所在地
	事業所名称
	事業主氏名

## 【添付書類】

- 健康診断補助金請求者名簿
- 健診結果表(コピー可)
- 特定健診質問票(コピー可)  
※40歳以上の方は必ず添付してください。ない場合はホームページからダウンロードし、記入してください。
- 領収書(コピー可)

受付印

## 【注意事項】

- 40歳以上の方は特定健診の必要検査項目を満たしている場合のみ支給となります。

《特定健診検査項目》
1.身長 2.体重 3.腹囲 4.BMI 5.血圧 6.空腹時血糖又はHbA1c
7.HDLコレステロール 8.LDLコレステロール 9.中性脂肪
10.AST(GOT) 11.ALT(GPT) 12.γ-GTP 13.尿糖 14.尿蛋白

- 東振協契約医療機関で受診時に支払った一部負担金は、補助金の対象外です。

## 【請求期限】

受診年度の翌年度の5月末日まで