

【被扶養者】健康診断補助金請求書

事業所名称	
記号・番号	—
被保険者名	
住所	〒
連絡先 ※日中つながりやすい電話番号	— — (携帯・自宅・会社)

No	受診者名	受診年月日	支払金額(税込)
1		令和 年 月 日	円
2		令和 年 月 日	円
3		令和 年 月 日	円

【補助金受取口座記入欄】※被保険者の口座を記入してください

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			

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。

【添付書類】

- ① 健診結果表(コピー可)
- ② 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。
- ③ 領収書(コピー可)

令和 年 月 日

受付印

【注意事項】

- ① 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

- ② 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