支　給　決　議		理事長	常務理事	担当理事	事務長	次　長	担当者
支　給　額	円						
決定年月日	年　月　日						
支給年月日	年　月　日						

人間ドック・健康診断補助金支給申請書

※今年度（4月～翌年3月まで）、健診を受けた回数をご記入ください。→（　　）年度（　　）回目

①被保険者証の記号・番号	千歯国	②氏名及び性別 生年月日		
③組合員との続柄			男・女	昭・平　年　月　日(　)歳
④受診した病院名及び所在地	名　称			
	所在地			
⑤検査内容 （　）の中に○をつけてください	（　）人間ドック（宿泊・日帰り） （　）生活習慣病健診 （　）一般健診 （　）その他の健診（　　健診）			
⑥④の病院で検査を受けた期間	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで　日間			
⑦総費用額	￥	⑧添付書類	**領収書・結果の写し**	

結果が載っている部分すべてのコピーが必要になります。

上記の通り申請します。

令和　年　月　日

受診者の自宅住所　〒□□□－□□□□

氏名　　㊞

千葉県歯科医師国民健康保険組合理事長　殿

⑨支払方法	登録済みの給付金口座にお振込致します。

39歳以上の方は、2枚目にもご回答ください。

DL

人間ドック・健康診断補助金支給申請書のご提出に当たって

◆39 歳以上の方は、下記の質問にご回答願います◆

（添付していただく結果票の写しの中で、下記の質問に対応するご回答が確認できる場合は、お答えいただかなくて結構です。）

※平成 20 年 4 月から医療保険者に義務づけられている「特定健診・特定保健指導」での保健指導対象者の選定に必要となります。

※当組合では、個人情報保護の取り扱いについて万全を期しております。この情報は、当組合が責任を持って管理し、保健指導対象者の選定という目的以外には使用いたしません。

受診者氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（「は い」か「いいえ」に〇をつけてください）

1．現在、血圧を下げる薬を服用していますか

は い　・　いいえ

2．現在、インスリン注射または血糖を下げる薬を服用していますか

は い　・　いいえ

3．現在、コレステロールを下げる薬を服用していますか

は い　・　いいえ

4．現在、たばこを習慣的に吸っていますか

は い　・　いいえ

DL