

**●この申請書は、従来からの立替払方式の検診を受けた方用です。
新ネットワーク健診を受診した方は手続き不要です。（重複受診は不可）**

様式第6-2N2号

支給決議書			常務理事	事務長		担当者
処理年月日	支給額					
受付 平成 年 月 日	円					
伺 平成 年 月 日						
項目	NO		事業所			

ポーラ・オルビスグループ健康保険組合 理事長 殿

保険証記号番号 _____ 被保険者氏名(従業員) _____ 印

所属事業所・部署名 _____
(退職任継者の家族は記入不要)

立替払家族健康診断 実施補助金申請書

下記のとおり実施いたしましたので補助金の申請をいたします。
この申請書に①検査結果報告書 ②領収書 (+可能であれば病院の特定健診料金表) を添付してください。

記

1. 受診者氏名 (家族)

続柄() 年 月 日・生 () 才

2. 受診年月日 平成 年 月 日

3. 受診結果 ●添付書類1. 検診結果の報告書

(注意) 結果表の添付がないと補助金は支給できません。また個々の検査結果数値の記載がないものは認められません。

●40歳以上の方へ (メタボ判定健診の必要項目の記載にご協力をお願いします。)

40歳以上の一般健診や人間ドックで、結果表に次の腹囲検査や問診の記載がない人 (未検査) は、
ご自身で結果票の余白または本申請書に下記をご記入をお願いします。(婦人科検査のみの方は除外)

記載がなくても補助金は支給しますが、メタボ判定健診項目として健保の健診に必須のためご協力ください。

質問

1) 腹囲 (へそまわりで測る) _____ cm (自己申告、およそでも可。女性90cm以上はメタボリスク有)
2) 次の薬の服用有無と、その場合番号に○ <無、有→ ① 血圧薬 ② 糖尿薬・インスリン注 ③ コレステロール薬>
3) 現在、習慣としてたばこを吸っていますか。→ < ①はい ・ ②いいえ >
4) 尿検査を受けなかった方のみ…その理由は。→ < ①生理 ・ ②排尿障害 ・ ③その他 >

4. 補助金請求額 合計¥ _____ 内訳: ①一般検診¥ _____

●添付書類2. 領収書 *分けられれば右に内訳を記入

②婦人科検診¥ _____

一般検診上限13,000円、婦人科検診上限7,000円 (税込)

審査の結果、申請額と支給額が異なる場合もありますのでご了承ください。

5. 振込先口座

銀行 信用金庫	当座 ・ 普通	番号							
支店	口座名 (カタカナ)								

この申請書は、事業所担当部署経由で、健康保険組合宛に申請してください。

ただし、退職任継者の家族は、直接健保組合へ送り申請してください。

(退職任継者の家族は記入不要)

事業所 _____ 担当者名 _____ 印 _____