

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				
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 200 -

被保険者氏名 印

年 月 日・生()才

連絡先電話番号

任意継続被保険者 本人 用

人間ドック
一般生活習慣病健診
婦人科検診

実施補助金申請書

下記のとおり実施しましたので補助金の申請をします。

この申請書に①検査結果報告書 ②領収書を添付してください。

記

1. 受診年月日 平成 年 月 日

2. 受診結果 ●添付書類1. 検査結果の報告書

●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。

- 1) 腹囲（へそまわりで測る） c m（自己測定、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、服用の場合その番号に○ <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、習慣としてタバコを吸っていますか。 → < ①はい ・ ②いいえ >

3. 補助金請求額 合計¥ 内訳：①一般検診¥

*分けられる場合、右に内訳を記入してください。

一般検診上限30,000円、婦人科検診上限10,000円（税込） ②婦人科検診¥

●添付書類2. 領収書

4. 振込先口座

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

注1) この申請書は、下記健康保険組合 宛に申請してください。

〒141-0031 東京都品川区西五反田2-19-3 五反田第一生命ビル4階
ポーラ・オルビスグループ健康保険組合 担当:高橋
電話 03-3490-0845

注2) 健保組合で申請書類を確認させていただき、補助対象外の費用が含まれていた場合、補助金額が請求額と異なることがありますのでご了承下さい。

注3) 補助金の送金は、原則として申請書到着15日締め、当月末払いです。 (改22.07)