

常務理事	事務長	課長	係長	担当者	補助金額
					円 名 円 × =

特定健診事後申請書

令和 年 月 日

千葉県トラック健康保険組合理事長 殿

名 称
 事業所
 所 在 地
 代 表 者
 申請者氏名

実施医療機関名						
受診年月日		令和 年 月 日				
支 払 先 金 融 機 関	銀 行 信用金庫 信用組合 農 協		本店	普通・当座	口座名義人	
			支店	口座番号	フリガナ.....	
受 診 者	記号	番号	本・家区分	氏名	性別	年齢
			本人・家族			
			本人・家族			
			本人・家族			
			本人・家族			
			本人・家族			
			本人・家族			
			本人・家族			

- ※①太枠内をご記入下さい。
 ②支払先金融機関「普通・当座」欄及び受診者「本・家区分」欄は該当するところを○で囲んで下さい。
 ③医療機関の発行した請求書及び結果表、問診票（すべて写）を添付して下さい。
 ④裏面に利用要領を記載しております。ご確認の上、申請下さい。

受付印	受付番号

特定健診利用要領

〒275-0024
習志野市茜浜1-10-2
千葉県トラック健康保険組合
TEL 047 (452) 6661

ご利用を希望されるときは次の要領にて取り扱い致します。

- ① 補助対象は40歳以上75歳未満の組合加入者です。
- ② 次の検査項目が結果に記載されているかご確認下さい。

身長、体重、BMI（肥満度・標準体重）、腹囲、血圧、AST（GOT）、ALT（GPT）、
γ-GTP、尿糖、尿蛋白、中性脂肪、HDL コレステロール、LDL コレステロール、
空腹時血糖（又は HbA1c）、理学的所見（身体観察）、既往歴、自覚症状、
医師氏名

※食後10時間未満の採血時は随時血糖又は HbA1c が必要です。

- ③ 医療機関から問診票（質問票）を取り寄せて下さい。
※問診票を作成していないもしくは、医療機関から取り寄せが困難な場合はご連絡下さい。
- ④ 結果表・問診票・請求書（すべて写）を申請書に添付の上、申請して下さい。
- ⑤ 申請書受付後、資格及び必要書類等を確認し指定口座へお振り込み致します。
- ⑥ 当組合補助金額は 上限 5,000 円 です。
※健診費用が 5,000 円未満の場合は実費をお振り込み致します。

- 注) 1. 補助は年度内1回です。
2. 検査項目に不足がある場合、補助の対象となりません。
3. 補助金申請は健診受診後3ヶ月以内に行ってください。