

健康管理助成金請求書

会員 番号	施設 番号	施設・ 団体名	請求種別 1			
被共済職員番号 <small>右詰めで記入してください</small>	受診者氏名	受診日	健診料	A	B	C
				5千円	1万円	2万円
	印	年 月 日	円			
	印	年 月 日	円			
	印	年 月 日	円			
	印	年 月 日	円			
	印	年 月 日	円			
	印	年 月 日	円			
	印	年 月 日	円			
	印	年 月 日	円			

下記の検査項目を受診したので、検査実施証明書(第17号の2様式)²を添付の上請求します。

一般社団法人 北海道民間社会福祉事業職員共済会会長 様

< 必須検査項目 >
 問診・触診・身体計測 視力・聴力測定 血圧測定 尿検査 便潜血反応検査 血液一般検査 血糖検査 尿酸検査
 血液脂質検査 肝機能検査 胸部レントゲン検査 胃部レントゲン(または胃内視鏡、ペプシノゲン)検査
 心電図検査 血液学的検査 生化学的検査 腹部超音波検査 肺機能検査

< 任意検査項目 >
 眼底検査(希望者) 婦人科検査(女性希望者) 前立腺検査(男性希望者)

上記のとおり事実相違ないことを認め証明します。

年 月 日

所属法人等
代表者 印
(施設長)

担当者氏名:	受付印
電話番号 ()	
共済会使用欄	

健診料(税込)に応じて助成額が3段階に区分されます。

A (10,000 円以上 20,000 円未満)、B (20,000 円以上 30,000 円未満)、C (30,000 円以上)

検査実施証明書

< 医療機関記入欄 >

年 月 日

(検査実施医療機関名および代表者名)

印

当機関では、次に掲げる検査を実施したことを証明します。

受診者氏名		受診日		年 月 日	
検査番号	検査項目	実施の有無 <small>をつけてください</small>	検査番号	検査項目	実施の有無 <small>をつけてください</small>
1	問診・触診・身体計測		11	胸部レントゲン検査	
2	視力・聴力測定		12	胃部レントゲン (又は胃内視鏡、ペプシノゲン) 検査	
3	血圧測定		13	心電図検査	
4	尿検査		14	血液学的検査	
5	便潜血反応検査		15	生化学検査	
6	血液一般検査		16	腹部超音波検査	
7	血糖検査		17	肺機能検査	
8	尿酸検査		18	眼底検査(希望者)	
9	血液脂質検査		19	婦人科検査(女性希望者)	
10	肝機能検査		20	前立腺検査(男性希望者)	

健診料(税込)

_____ 円

上記実施検査項目に対するの金額をご記入ください。(1~17は必須検査項目となります。)

上記検査項目(1~20)以外の検査費用(脳ドック、骨密度検査、骨粗しょう症検査など)を含むことはできません。

医師の判断により必須検査項目(1~17)に未受診の検査があった場合は、未受診項目記入欄に検査番号・項目と未受診となった理由を記入してください。

未受診項目記入欄

検査番号	検査項目	未受診の理由

備考欄

(12)胃部レントゲン検査の実施が難しい場合は、胃内視鏡検査、ペプシノゲン検査(血液検査)を代わりに受診して下さい。

当日体調不良により必須検査項目(1~17)の中で、受診できない項目があった場合は、その項目を追加受診してから請求してください。

医師の判断により、必須検査項目(1~17)を受診できなかった場合は、2項目を限度として免除とします。

集団で受診する場合には、受診者ごとの受診日、検査実施の有無と健診料が明記された医療機関発行の書類で本書の代用とすることができます。