

黄色の欄・個所を全てご記入ください。
(無記入欄がある場合、一旦ご返却することもあります)

特定健診受診証明書 兼 費用補助申請書(平成〇〇年度版)

四国電力健康保険組合

受診者記入欄

| | | | | | | | |
|----------------|------------------------|-------------------|------------|-------------------|--------------|--------------|----------|
| 申請日 | | 平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 | | (注) 記入欄はエンピツ書き不可 | | | |
| 被保険者証 記号・番号 | 記号 4000 | 番号 12345 | 被保険者 氏名 | 健保 太郎 | 申請印 健保 | | |
| 会社名 | 四国電力株式会社 | | 所属名 | 人事労務部 従業員サービスセンター | | | |
| 日中連絡可能な連絡先 | | | 電話 | (〇〇〇〇) 〇〇 - 〇〇〇〇 | | | |
| 受診者 氏名 | フリガナ | ケンポ ハナコ | | 生年 月日 | 昭和 40年 5月 1日 | 性別 | 男性 女性 |
| | 漢字 | 健保 花子 | | 平成〇〇年3月 末の満年齢 | 〇〇 歳 | 被保険者 との続柄 | 妻 |
| 受診者住所 | 〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町 | | | | | | |

◆健保に費用補助を申請する際の
①本申請書および検査結果等の証拠書類

＜記入時の注意事項＞

- 被保険者の方の情報をご記入ください。
- 健診を受診した方の情報をご記入ください。

全には使用しません。

健診機関記入欄

1. 受診費用

| | | | |
|-----|---------------|-------|---|
| 受診日 | 平成 年 月 日(曜日) | 健診費用計 | 円 |
|-----|---------------|-------|---|

2. 受診項目

＜基本的な健診の項目＞

| 検査内容 | | 受診の有無 | 検査内容 | | 受診の有無 |
|--------|-------------|-------|-------|-------------|-------|
| 質問 | 問診(特定健診) | 有・無 | 血圧 | 収縮期血圧 | 有・無 |
| | 身長 | 有・無 | | 拡張期血圧 | 有・無 |
| 身体計測 | 体重 | 有・無 | 肝機能検査 | GOT | 有・無 |
| | 腹囲 | 有・無 | | GPT | 有・無 |
| | BMI | 有・無 | | γ-GT(γ-GTP) | 有・無 |
| 理学的所見 | 理学的所見(身体診察) | 有・無 | 血糖検査 | 空腹時血糖 | 有・無 |
| 血中脂質検査 | 中性脂肪 | 有・無 | | ヘモグロビンA1C | 有・無 |
| | HDL-コレステロール | 有・無 | 尿検査 | 糖 | 有・無 |
| | LDL-コレステロール | 有・無 | | 蛋白 | 有・無 |

＜詳細な健診の項目＞

| 検査内容 | | 受診の有無 | 検査内容 | | 受診の有無 |
|------|---------------|-------|------|----------|-------|
| 貧血検査 | 赤血球数 | 有・無 | 心電図 | 安静時心電図 | 有・無 |
| | 血色素量(ヘモグロビン値) | 有・無 | 眼底検査 | 眼底検査(両眼) | 有・無 |
| | ヘマトクリット値 | 有・無 | | | |

以上のとおり、相違ないことを証明する。

住 所

平成 年 月 日

健診機関名

印

証 明 者

印

(注)記入内容を訂正する場合は、二重線を引いて証明者の訂正印を押印ください。(修正ペン等は使用しないでください)

健保組合記入欄

＜健保補助額計算＞

| | |
|-------|---|
| 健診費総額 | 円 |
| 窓口負担額 | 円 |
| 健保補助額 | 円 |

健保補助額合計 円

| 受付 | 登録 | 支払 |
|----|----|----|
| | | |