

●この申請書は、立替払方式(キャッシュバック)の家族健診を受けた方用です。

ネットワーク健診を受診した方は使用不可。(健診の全部・一部ともネットとの重複受診なし)

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	令和	年	月	日			
伺	令和	年	月	日	円		
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 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。

- メタボリックシンドローム判定の必要項目の記載にご協力をお願いします。
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、
ご自身で本申請書の書き質問欄に回答のご記入をお願いします。(婦人科検査のみの方は除外)
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)
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: ①一般健診¥ _____

●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¥ _____

一般健診: 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 _____

検査結果表は、健診補助支給業務と健保の健診・保健指導に関する業務にのみ利用し、他の目的で利用致しません。
ポーラ・オルビスグループ健康保険組合 〒141-0031 東京都品川区西五反田2-19-3 担当: 高橋 (R1.9改)