

<平成23年度>

一般健診・35歳健診・成人病健診

健診補助金請求用申込書（事業所及び支店・営業所用）

*後日、補助金申請書をお送りします。

		整理番号	
事業所記号		申込日 平成	年 月 日
事業所名 (支店・営業所名)	本社 支店・営業所	健康管理 責任者名	
所在地	〒 TEL ()	健保事務 担当者名	

●健診委託機関以外の医療機関で受診する場合(補助金請求)

- (注) 1. 健診機関ごとにお申し込みください。2以上の機関で受診する場合はコピーしてご使用ください。
2. 健診と一緒に婦人科検査を希望される場合は、() 内に受診希望者数を再掲してください。

受診予定 医療機関名		医療機関の 都道府県			
受診希望月		受診予定人員 ()内は婦人科受診希望者再掲			
		一般健診		35歳健診	成人病健診
		34歳以下 (S52.4.1以降生まれ)	36歳～39歳 (S47.4.1～S51.3.31)	35歳 (S51.4.1～S52.3.31)	40歳以上 (S47.3.31以前生まれ)
月	上旬	()名	()名	()名	()名
	中旬	名	名	名	名
	下旬	名	名	名	名
月	上旬	()名	()名	()名	()名
	中旬	名	名	名	名
	下旬	名	名	名	名

●健診委託機関以外の医療機関で婦人科検査だけ受診する場合(補助金請求)

- (注) 1. 事業所で費用を支払い補助金請求する案件に限ります。
2. 個人で受診希望の場合は「婦人科検査申込書(個人用)」でお申し込みください。

受診予定 医療機関名		医療機関の 都道府県名			
受診希望月		34歳以下	36歳～39歳	35歳	40歳以上
月	上旬				
	中旬	名	名	名	名
	下旬	名	名	名	名

- (注) 1. 婦人科検査は、女子被保険者全員が対象となりますが、あくまでも希望者の受診となります。
2. 「乳がん検査」については、39歳以下の方の補助対象は、「視・触診」のみとなります。
40歳以上の方は「視・触診」のほか「マンモグラフィ検査」・「超音波検査」のいずれか1つが補助対象となります。
3. 健診に関してのお問い合わせは、出版健保健康管理センター健康管理課または大阪支部までお願いします。

出版健康保険組合