

# 特定健診等結果データ提供に係る協力金申請書

金 円 (対象者 人×2,000円)

岐阜県建設国民健康保険組合(以下「岐建国保」という)に加入する事業主・従業員(組合員)の健診に係る協力金について、以下の書類を添付し申請します。

- ①領収書(コピー)
  - ②健康診査受診者名簿(別添の用紙に記入)
  - ※③受診者全員の質問票(別添の組合書式へ個々に記入)
  - ※④特定健診結果データ(別添の健康診査内容表を満たすもの)
- ※岐建国保の出張人間ドックで有料受診した場合、③④は不要

全建総連岐阜建設労働組合県本部 執行委員長 様

健診内容が判るものとして健診結果を添付する場合、健診結果を岐建国保に提供することについて、従業員の同意を得ていることを申し添えます。

年 月 日 住 所  
事業所名  
代表者名

(印)

振込を希望する銀行等の名称		総支部名	
銀行 金庫 農協 信用組合		本店 支店	支部名
			受付日付印
預金種類	普通(総合)・当座		
口座番号	店番号	口座番号	
	.....	.....	
口座名義	カタカナのみで記入してください		

※注意：申請期間は該当年度の3月末までです。さかのぼってのお支払いはできません。

執行委員長	財政部長	書記長	次長	次長	担当

申請事業所名 事業所名  
 代表者名

## 【特定健康診査内容表】

※健診結果数値と記号(+ / -)が明記された結果を提出してください。

基本的な 健診の項目	既往歴の調査 (服薬歴及び喫煙習慣の状況にかかわる調査を含む)	
	自覚症状及び他覚症状の検査	
	身体測定	身長・体重・腹囲・BMI
	血 圧	収縮期血圧・拡張期血圧
	血中脂質	中性脂肪・HDL-コレステロール・LDL-コレステロール
	肝機能検査	GOT(AST)・GPT(ALT)・ $\gamma$ -GTP( $\gamma$ -GT)
	血糖検査	空腹時血糖 (空腹時でないときはヘモグロビンA1c)
	尿 検 査	糖・蛋白

## 特定健康診査受診者名簿

	保険証番号	氏 名	生年月日	年 齢	
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					