

健康診断受診ガイドブック



KENKOU SHINDAN
JUSHIN
GUIDE BOOK

2019年度
【保存版】

Contents

- | | | | |
|---------------------|----|----------------------------|-----|
| ★KENPOSの案内について…………… | 2 | ★パート先で健診を受けた方へ…………… | 12 |
| ★あなたの受ける健康診断は？…………… | 4 | ★再検査の費用補助について…………… | 13 |
| ★特定健診の受診について…………… | 5 | ★インフルエンザワクチン予防接種の費用補助について… | 14 |
| ★イーウェル健診について…………… | 6 | ★特定健康診査問診表…………… | 別紙1 |
| ★当組合施設の健診について…………… | 8 | ★再検査費用補助金支給申請書…………… | 別紙2 |
| ★当組合施設の診療所について…………… | 11 | ★インフルエンザワクチン予防接種補助金支給申請書… | 別紙3 |



健康増進活動を応援するサイト

KENPOSの登録はお済みですか？

—ケンポス—

1 健康診断の受診手続きが KENPOS でできます！ ※イーウェル健診のみ



2 健診データを見える化

項目	検査項目	基準値	最新の結果値 (2016/02/13)	過去結果値 (2017/02/24)	過去結果値 (2016/02/26)
身体計測	身長(cm)		165.1	165.2	165.2
	体重(kg)		61.6	60.6	59.6
腹囲	腹囲(cm)	● 90以上	● 77.0	80.0	74.0
脂質	BMI(kg/m ²)	● 25.0以上	● 22.6	22.2	21.8
最高血圧(mmHg)	最高血圧(mmHg)	● 130~139.9以上 ● 140以上	127	113	116

スマホやパソコンから
過去5年間の健診結果が
閲覧ができます。

3 ポイントを貯めて豪華商品をゲット 1ポイント=約1円!

- 初回登録 **2,000 P (初回のみ)**
- 健康診断を受診 **1,000 P/1年**
- 受診した健診結果を見る **1,000 P/1年**
- 体重記録 **5 P/1日**
- ウォーキング **5 P/1日**
- 1日10,000歩以上 **5 P/1日**
- 月3回以上ジムに行く **150 P/1月**

全て貯めると…

**年間11,000 P
ゲット**

交換できる商品の例



Amazonギフト券 1,000円分
1,000ポイント



nanacoギフト 1,000円分
1,000ポイント



ミニ・ココット2個(オレンジ)
6,900ポイント



健康診断を受診するには **KENPOS** の登録が必要です

まずは新規登録から ※すでに初回登録がお済みの方は不要です。

①事前に健康保険証と
メールアドレスを準備



②QRコードからKENPOS
のホームページサイトへ



ホームページURL
<https://www.kenpos.jp/>

③IDをお持ちでない方
(初回登録)をクリック



④資格照会の画面で情報入力



保険者番号:06380232

⑤基本設定を入力



⑥初回登録の内容を確認する
相違なければ決定ボタンを
クリック



⑦仮登録完了メールを受信
メール本文にあるURLを
クリック



⑧初回登録完了
登録完了メールも送信されます



スマートフォンと
パソコンから
アクセス可能です

KENPOSについてのお問い合わせ先

株式会社イーウェル KENPOS事務局
※問合せフォームにて受付

<https://www.kenpos.jp/inquiry>

株式会社イーウェル 健康サポートセンター

TEL:0570-057091

受付時間9:30~17:30 休業日:日曜・祝日 12/29~1/4

※上記番号がご利用いただけない場合は [TEL:050-3850-5750](tel:050-3850-5750) をご利用下さい。



＼ 年に一度はからだメンテ ＼ あなたの受ける健康診断は次のどれ？

被扶養者(配偶者・家族40歳以上)
任意継続被保険者

愛媛県四国中央市近隣にお住まいの方ですか？
近隣の範囲: 愛媛県西条市・新居浜市・四国中央市、
香川県三豊市・観音寺市、徳島県三好市・三好郡・美馬市

はい

いいえ

★配偶者健診・任意継続者健診
お申込み先は当健保組合

➡ 8ページへ **無料**

2020年3月31日時点の年齢は

➡ 40歳以上ですか？

➡ 39歳以下ですか？

40歳以上

- ◆一般的な健診に追加して、人間ドック又はそれに近い充実した検診を受診したい
- ◆胃がん・婦人科検査等も受けたい

はい

いいえ

39歳以下

★イーウェル一般
健診A2コース

お申込み先は
KENPOSでイーウェル
を選択し受診

➡ 6ページへ

**費用補助
上限3万円**

検査項目が多い為、おすすめです！

★イーウェル生活習慣病健診2コース
★イーウェル人間ドックAコース

お申込み先はKENPOSで
イーウェルを選択し受診

➡ 6ページへ **費用補助 上限4万円**

★特定健診

特定健診受診券を利用すれば無料で
受診できます。

➡ 5ページへ **無料**

※年度末(2020年1月～3月末)は大変混み合いますので、2019年12月末までの受診をお願いします。



特定健診の受診について (当健保組合が送付した無料受診券を使用して受診する方)

予約・受診期間 2019年4月1日(月)～2020年3月31日(火)

対象者 40歳以上の被扶養者・任意継続被保険者

ただし、愛媛県西条市・新居浜市・四国中央市・香川県三豊市・観音寺市、徳島県三好市・三好郡・美馬市にお住まいの方は、当健保組合の施設で受診するため対象外です。

検査項目

『●』…必須の検査項目 『□』…医師の判断により実施

検査項目	問診		身体測定等					尿検査		血液検査										心電図	眼底			
	喫煙歴	服薬歴等	身長	体重	BMI	腹囲	血圧測定	尿糖	尿蛋白	肝機能			脂質			糖尿病		貧血			腎機能		心電図検査	眼底検査
										GOT	GPT	γ-GTP	中性脂肪	HDLコレステロール	LDLコレステロール	HbA1c	空腹時血糖又は	赤血球	血色素量	ヘマトクリット値	血清クレアチニン			
特定健診	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	□	□	□	□	□	□

イーウェルの健診コースに比べると、検査項目が非常に少ないです。

健診の申込から受診までの流れ

STEP1 受診する健診機関を探し、電話などで予約をする

同封している特定健診医療機関リスト又は、リストに記載されていない医療機関でも受診可能な場合がありますので前もって電話等で確認して下さい。

医療機関の詳細はインターネットからも確認できます。

- ①「特定健診等実施期間検索システムによるこそ」を検索
- ②「パスワード入力画面」をクリック
- ③パスワード入力画面にて、健保組合名「大王製紙」保険者番号「06380232」を入力し、「検索画面に入る」をクリック
- ④「検索画面コーナーはこちらから」をクリック
- ⑤「希望する条件で探す」で住所などを入力し、最寄の病院を検索する。

STEP2 特定健診を受診する

当日は、医療機関より伝えられた持ち物を持参して下さい（例：特定健診受診券、健康保険証）
健診費は特定健診受診券を利用する為、無料です。

当日の注意事項等については、医療機関によって異なりますので、各個人で確認して下さい。



イーウェル健診の申込から受診までの流れ

STEP1 KENPOSにアクセスし「初回登録」を行う

KENPOS (<https://www.kenpos.jp/>) にアクセスし、初回登録をして下さい。

※昨年度までに初回登録がお済の方は初回登録不要です。 ※詳しい登録方法は3ページを参照して下さい。

STEP2 受診する健診機関を探す

KENPOS にログインし、申し込みページへ遷移した後、「健診の申込／受診券発行」ボタンから健診機関を選んで下さい。

STEP3 健診機関へ直接電話して予約する

ご自身で医療機関へ直接電話して、受診日時と健診コース、オプション検査を予約して下さい。

【健診機関へ伝える内容】

- 大王製紙健康保険組合所属であること 代行機関が(株)イーウェルであること
 受診希望の日程・健診コース・オプション検査 ご自身の氏名・住所・連絡先

※健診の実施に関する内容で不明な点がある場合は、健診機関へご相談下さい。

※受診日はお申込みより2週間以上先の日程で予約して下さい。

STEP4 電話予約後3日以内に受診券発行依頼をする

いずれかの方法で(株)イーウェルへ受診券発行依頼をして下さい

パソコン	KENPOSへログインし、受診券発行依頼をして下さい。手続き後、1週間以内に(株)イーウェルから「受診券発行完了メール」が届きます。KENPOSにログインし、受診券ファイルを印刷して下さい。
スマートフォン	KENPOSへログインし、受診券発行依頼をして下さい。手続き後、1週間以内に(株)イーウェルから「受診券発行完了メール」が届きます。 ※スマートフォンの場合、受診券は発行されません。 ※受診券の代わりに「受診券発行完了メール」に記載の予約番号を健診機関窓口でお伝え下さい。
郵送・FAX	別紙『2019年度健康診断のご案内』の「2019年度受診券発行依頼書」に記入し、FAXか郵送で(株)イーウェルへ送付して下さい。 2週間以内に(株)イーウェルから「受診券」が届きます。

※30歳以上の女性は、子宮頸部細胞診検査とマンモグラフィまたは乳房エコー検査を選択しないと受診券発行ができません。

検査を希望しない方も選択してもらい、下記の健診サポートセンターへ検査を希望しない事を連絡して下さい。

STEP5 健診を受ける 受診当日、以下のものを持参し、受診して下さい。

- 受診券 自己負担金(窓口支払が発生する場合)
 健康保険証 検体容器等(健診機関から届いた場合)

※スマートフォンでお申し込みの方は窓口で「受診券発行完了メール」に記載の予約番号をお伝え下さい。

健康診断の変更・キャンセルについて ※受診日当日の変更・キャンセルは全額自己負担となる場合があります。

パソコン・スマートフォン	健診機関へ「変更」または「キャンセル」の連絡後、KENPOS にログインし、「申込み内容の確認・変更・キャンセル」より手続きを必ず行って下さい。
KENPOS に登録していない方	健診機関へ「変更」または「キャンセル」の連絡後、下記の(株)イーウェル健康サポートセンターに電話連絡して下さい。なお、健診機関リストに記載されている4桁の健診機関コードも合わせてお伝え下さい。

イーウェル健診の
お問い合わせ先

(株)イーウェル 健康サポートセンター TEL:0570-057091

受付時間9:30~17:30 休業日:日曜・祝日 12/29~1/4

※上記番号がご利用いただけない場合は TEL:050-3850-5750 をご利用下さい。



当健保組合の健診の予約から受診の流れ

STEP1 受診日を決めて、当健保組合へ予約をする。

TEL 0896-24-5051 平日8:30~17:00
FAX 0896-24-5075
メールアドレス ara012@daiogroup.com

※FAXとメールで申込をされる方へ

氏名、生年月日、保険証の記号と番号、予約希望日を記入の上申込をお願いします。

※女性の方は生理中を避けてのご予約をお願いします。

STEP2 健診の注意事項

食事制限	健診前日の夜9時以降から当日の健診が終了するまで食事はしないで下さい。 ※少量のお水やお茶は可
着替えについて	健診着に着替えます。 健診着の下に無地のTシャツ・肌着は着用しても構いませんが、ボタン・刺繍・柄・ラメのあるものは避けて下さい。 ネックレス・時計・下着に金具や付属品の付いているものは外して下さい。 長袖のTシャツは採血の際に肘の上部まで上げますので、袖口のきついものは避けてください。ストッキングやタイツは脱いでください。

STEP3 受診当日

受付時間	8:00 ~ 8:30
場 所	当健保組合 2階 健康管理課
持参物	40歳以上の被扶養者 → 保険証と特定健診受診券 39歳以下の被扶養者 → 保険証のみ 任意継続被保険者 → 保険証と健診料金 1,000円

料金無料

STEP4 健診終了

健診は10:30頃に終了します。ただし、健診人数が多い場合等は午前中いっぱいかかることもあります。

2~3週間以内に健診結果を郵送します。健診結果成績書の再発行はしていませんので、大切に保管して下さい。



大王製紙健保組合の健診施設案内

～毎年約1万件以上の各種健診と検査実績～

大王製紙健康保険組合は昭和33年に設立し、昭和47年から組合加入従業員の健康診断を行ってきました。年間約4,000人以上のドック健診と、そのフォロー健診等を約1万件以上行っています。健診項目の多くは、即日結果を出すことができ、その結果を見ながら当日に、保健師や管理栄養士が健康相談等のカウンセリングを行います。



採血カウンター



カウンセリング室



健康教育の様子

アクセスルート



施設情報

時間 8:00～17:00
(配偶者・任意継続健診の受付時間は8:00～8:30)

休館日 土・日・祝日・他

住所 〒799-0403
愛媛県四国中央市三島朝日2丁目12番45号

総務課 TEL:0896-24-5055 FAX:0896-24-5203

健康管理課 TEL:0896-24-5051 FAX:0896-24-5075





大王製紙健康保険組合の診療所利用について

内科診療所

1階にある内科診療所は県より認可された医療機関で、常勤医師の専門は内科・循環器科です。原則として全ての医療相談を可能な限り行い、必要に応じて専門医への紹介を行っています。慢性疾患(脂質異常症・高血圧・糖尿病・痛風・肝機能障害等)、貧血症、花粉症、鼻炎、風邪、インフルエンザ、頭痛、腹痛、胃腸炎、めまい、吐き気、口内炎、水虫、目薬、軽度な皮膚炎、喘息、その他の疾患等の診断・治療を行います。お気軽にご相談下さい。

★診療日と診療時間

※予約制ではありません

予定が変わり休診の場合もあります。
ホームページに休診日が掲載されています。

診療時間	月	火	水	木	金	土・日・祝
8:30～12:00	○	○	○	○	○	
13:00～17:00	○	○	○	○	○	

個人負担額は薬剤料のみの**2割負担**です。

初診・再診の診察料や検査料などの個人負担はありません。

当健保組合の保険証を取得している高校生以上が利用できます。



1階診療所の診察室



受付と待合室

精神科診療

他病院から非常勤精神科医が月2回来館し、診療をしています。会社を介さずに申込み、カウンセリング(完全予約制)を受けることができます。勿論、相談内容等は守秘義務により守られますので安心してご利用下さい。

診療日及び 診療時間

毎月第1・3火曜日の13:30～16:30

完全予約制で、カウンセリング時間は約15～20分です。

※予定は変わることがあります。

お問い合わせ先

健康管理課 TEL:0896-24-5051

8:30～12:00、13:00～17:00(土・日・祝日除く)

パート先で健康診断を受診している方へ

パート先で健康診断を受診していても、年2回程度の充実した健康診断の受診を勧めています。 **KENPOS** に登録してP4から健康診断を選んで受診して下さい。

それでも、受診できない場合はパート先等で受けた、健康診断結果の写しと特定健康診査問診票を当健保組合に必ず提出して下さい。

国は法律で健保組合に、被扶養者(ご家族の方)の健診結果のデータを管理し、国へ報告するよう義務付けています。
ご協力をお願いします。

対象者 40歳以上の被扶養配偶者

提出書類 ①健康診断結果表(写しで可)
②特定健康診査問診票に記入して下さい(別紙1)

提出書類 提出書類①、②を当健保組合まで同封している返信用封筒で郵送して頂くか、直接、当健保組合2階健康管理課まで持参して下さい。

提出先(郵送先)

〒799-0403
愛媛県四国中央市三島朝日2丁目12番45号
大王製紙健康保険組合 2階 健康管理課

頂いた健康診断結果は保健指導等に利用し、個人情報には責任を持って保管し、保健事業以外には使用致しません。

再検査の費用を補助します

健康診断の結果で再検査を受けた方へ、費用補助をします。

ご自身やご家族の為に、再検査を受けて健康の確認をしましょう！

補助対象者

被扶養者・任意継続被保険者

ただし、愛媛県西条市・新居浜市・四国中央市、香川県三豊市・観音寺市、徳島県三好市・三好郡・美馬市にお住まいの方は、当健保組合で健診・再検査を受診する為、他の医療機関で受診した場合の補助はありません。

補助回数

年度内に1回のみ

対象期間

2019年4月1日～2020年3月31日に健康診断を受診し、再検査の対象になり、再検査を受けた方

申請の提出期限

再検査を受けてから2週間以内に当健保組合へ提出して下さい。

申請条件

- ①健康診断の判定で再検査になった項目が対象(要治療・要精密検査は対象外)
- ②再検査項目は血液検査・検尿検査・胸部レントゲン・心電図・聴力検査等
(胃カメラ・大腸ファイバー・CT・MRI・MRA等の精密検査は対象外)
- ③健康診断後の再検査として年に1回のみ
- ④必ず保険証を使用して下さい(窓口で支払った個人負担分が補助の対象です)

提出書類

- ①再検査費用 補助金支給申請書(別紙2)
- ②再検査料支払いの領収書(写しで可)
- ③明細書又は再検査結果成績書(写しで可)

上記の書類に記入の上、当健保組合へ郵送して下さい。

※原則15日までに受付したものは、当月の25日にお振込みします。
受付が15日を過ぎた場合は、翌月の25日までに振込みします。

郵送先

〒799-0403
愛媛県四国中央市三島朝日2丁目12番45号
大王製紙健康保険組合 2階 健康管理課

インフルエンザワクチン予防接種の 費用を補助します

自己負担額は2,000円です。他病院で実施した場合は、
支払った金額から2,000円引いた差額の金額を補助します。

補助対象者

出先の被扶養者(高校生以上)・任意継続被保険者

愛媛県西条市・新居浜市・四国中央市・香川県三豊市・観音寺市、
徳島県三好市・三好郡・美馬市にお住まいの方は、当健保組合で
インフルエンザワクチン予防接種を受ける事ができる為、
他の医療機関で受診した場合の補助はありません。
今年度は11月と12月に予定しています。

補助回数

2019年度に1回のみ

対象期間

2019年10月1日～2020年2月28日の間に、
インフルエンザワクチン予防接種を受けた方

申請の提出期限

インフルエンザワクチン予防接種を受けてから
2週間以内に当健保組合へ提出して下さい。

提出書類

- ①インフルエンザワクチン予防接種 補助金支給申請書(別紙3)
 - ②領収書(インフルエンザワクチン予防接種と分かるもの、写しで可)
- 上記の書類に記入の上、当健保組合へ郵送して下さい。

※原則15日までに受付したものは、当月の25日にお振込みします。
受付が15日を過ぎた場合は、翌月の25日までに振込みします。

郵送先

〒799-0403
愛媛県四国中央市三島朝日2丁目12番45号
大王製紙健康保険組合 2階 健康管理課

特定健康診査問診票

※パート等勤務先で健康診断を受診された方で特定健診等を受診しない方は、パート等勤務先の健診結果表の写しと「この問診票」を記入し同封の返信用封筒に入れて当健保組合まで送付して下さい。

保険証番号：記号 番号 氏名：

該当する項目に をご記入ください

腹囲：（ ） cm

No.	質問項目	回答
1	現在、血圧を下げる薬を使用していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2	現在、血糖を下げる薬又はインスリン注射を使用していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3	現在、コレステロールや中性脂肪を下げる薬を使用していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
4	医師から、脳卒中（脳出血、脳梗塞等）にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
5	医師から、心臓病（狭心症、心筋梗塞等）にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
6	医師から、慢性腎臓病や腎不全にかかっているといわれたり、治療（人工透析など）を受けていますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
7	医師から、貧血といわれたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
8	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 ※習慣的に喫煙の目安： 「合計100本以上、又は6ヶ月以上吸っている」 かつ 最近1ヶ月間吸っている	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
9	20歳の時の体重から10kg以上増加していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
10	1回30分以上の軽い汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施している。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
11	日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施している。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
12	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
13	食事をかんで食べる時の状態はどれにあてはまりますか。	<input type="checkbox"/> 何でもかんで食べることができる <input type="checkbox"/> 歯や歯ぐき、かみあわせなど気になる部分があり、かみにくいことがある <input type="checkbox"/> ほとんどかめない
14	人と比較して食べる速度が速い。	<input type="checkbox"/> 速い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 遅い
15	就寝時の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ある。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
16	朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取していますか。	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ほとんど摂取しない
17	朝食を抜くことが週に3回以上ある。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
18	お酒（日本酒、焼酎、ビール、洋酒など）を飲む頻度は。	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ほとんど飲まない（飲めない）
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量は。 ※日本酒1合の目安： ビール(500ml)、焼酎25度(110ml) (180ml) ウイスキーダブル1杯(60ml)、ワイン2杯(240ml)	<input type="checkbox"/> 1合未満 <input type="checkbox"/> 1～2合未満 <input type="checkbox"/> 2～3合未満 <input type="checkbox"/> 3合以上
20	睡眠で休養が十分とれている。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
21	運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いませんか。	<input type="checkbox"/> 改善するつもりはない <input type="checkbox"/> 改善するつもりである（概ね6ヶ月以内） <input type="checkbox"/> 近いうちに（概ね1ヶ月以内）改善するつもりであり、少しずつ始めている <input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる（6ヶ月未満） <input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる（6ヶ月以上）
22	生活習慣の改善について保健指導を受ける機会があれば、利用しますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

再検査費用 補助金支給申請書

提出日		年 月 日											
① 申請者の情報	健康保険 被保険者証	記号	番号										
	氏名・印	(フリガナ)											
	携帯番号	※平日の日中に 連絡がつく番号											
	勤務先名	部署名											
② 振込先口座	金融機関 支店名	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> その他 ()											
	預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号 <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> ※左づめでご記入ください										
口座名義	(フリガナ)												
③ 再検査の受診情報	医療機関名	受診日	支払額										
		年 月 日	円										
		年 月 日	円										
		年 月 日	円										

※再検査費用 補助金支給申請書に必要なもの

✓ 提出前にご確認ください

再検査費用 補助金支給申請書

領収書 (写しでも可)

明細書又は再検査結果

※原則 15 日までに受付したものは、当月の 25 日にお振込みします。
受付が 15 日を過ぎた場合は、翌月の 25 日までに お振込みします。

補助金支給決定額	担当
¥ -	

インフルエンザワクチン予防接種費用 補助金支給申請書

提出日		年 月 日													
① 申請代表者の情報	健康保険 被保険者証	記号	番号		<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者										
	氏名	(フリガナ)			<input type="checkbox"/> 印 ※自署の場合は 捺印不要										
	携帯番号	※平日の日中に 連絡がつく番号													
	勤務先名	部署名													
② 振込先口座	金融機関 支店名	銀行 農協 本店 信組 金庫 支店 その他 () その他 ()													
	預金種別	普通 当座	口座番号	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> ※左づめでご記入ください											
口座名義	(フリガナ)														
③ 接種者情報	接種者氏名	年齢	医療機関名	接種日	支払額										
				年 月 日	円										
				年 月 日	円										
				年 月 日	円										

※インフルエンザワクチン予防接種費用 補助金支給申請書に必要なもの

✓ 提出前にご確認ください

インフルエンザ予防接種費用 補助金支給申請書

領収書 (写しでも可)

※原則 15 日までに受付したものは、当月の 25 日にお振込します。
受付が 15 日を過ぎた場合は、翌月の 25 日までにお振込します。

補助金支給決定額	担当
¥ -	