

ソウェルクラブ 生活習慣病予防健診費用助成 担当者様

福利厚生センター事業の運営につきましては、日頃からご支援・ご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

生活習慣病予防健診費用助成事業の申請の際に添付していただく「申請該当者名簿（別紙様式2）」については、センターが作成したものを使用していただくようお願いをしております。

つきましては、下記をご参照のうえ、センターへ作成依頼をお願いいたします。

### 申請該当者名簿（別紙様式2）作成依頼方法

- メールでセンターに依頼 ⇒ メールアドレス：[kenshin@sowel.or.jp](mailto:kenshin@sowel.or.jp)  
（申請該当者名簿 → Excel ファイルを依頼メールに添付して返信）
- FAXでセンターに依頼 ⇒ FAX番号：03-3294-6815  
（申請該当者名簿 → FAX にて返信）

#### 『 依頼事項 』

- ① 表題 「健診名簿作成依頼」
- ② 法人申請 ⇒ 都道府県コード — 契約者コード  
又は
- ② 事業所申請 ⇒ 都道府県コード — 契約者コード — 事業所コード
- ③ 法人名 又は 事業所名
- ④ 担当者名
- ⑤ 電話番号・FAX 番号

※「申請該当者名簿」は、年度が変わるごとに作成依頼をしてください

※複数の事業所で申請の場合は、すべての事業所コードまたは事業所名を記載

※「申請該当者名簿」は年度内に30歳以上の対象者をリストアップ

※この他の必要書類としては、個人内訳がわかる領収書もしくは請求明細書等の写し  
詳しくは、事務マニュアルをご参照ください。

社会福祉法人 福利厚生センター（ソウェルクラブ）  
〒101-0052 千代田区神田小川町 1-3-1  
NBF 小川町ビルディング 10F  
TEL 03-3294-6813



## 検査実施証明書

20 年 月 日

(検査実施医療機関名及び代表者名)

印

当院では、下記の事業所(施設)等に勤務する下記又は別紙記載の職員について、生活習慣病予防健診として、次に掲げる検査を実施したことを証明する。

|   |                  |   |                            |
|---|------------------|---|----------------------------|
| 都道府県コード<br>□□□□   | 契約者コード<br>□□□□□□ | 事業所コード<br>□□□□                                | ←法人で申請する場合には、事業所コードは記入不要です |
| 〔受診者が所属する事業所(施設)の所在地 (法人で申請する場合は、法人所在地)〕<br>(〒 □□□□ □□□□) |                  |   |                            |
| 〔受診者が所属する事業所(施設)の名称〕<br>(法人で申請する場合は、法人名)                  |                  | 〔受診者が所属する事業所(施設)の代表者名〕<br>(法人で申請する場合は、法人代表者名) |                            |

実施した項目に○をつけて下さい

| 健 診 の 基 準  |   | 検査実施の有無 |
|------------|---|---------|
| 1. 診察等     | 問診、計測(身長・体重)、視力検査、聴力検査、<br>理学的検査(胸部聴診・腹部触診)、腹囲                                  |         |
| 2. 血圧測定    | 坐位  |         |
| 3. 尿検査     | 糖半定量、蛋白半定量、潜血   |         |
| 4. 糞便検査    | 免疫便潜血反応検査(2日法)  |         |
| 5. 血液学的検査  | ヘマトクリット値、血色素測定、赤血球数、白血球数、血小板数   |         |
| 6. 生化学的検査  | 総コレステロール、中性脂肪、HDL-コレステロール、<br>LDL-コレステロール、GOT、GPT、γ-GTP、ALP、<br>クレアチニン、空腹時血糖、尿酸 |         |
| 7. 心電図検査   | 12誘導  |         |
| 8. 胸部X線検査  | 間接撮影又は直接撮影  |         |
| 9. 胃部X線検査  | 間接撮影又は直接撮影(胃内視鏡検査も可)  |         |
| 10. 乳がん検診  | 問診、視診、触診、マンモグラフィ、超音波  |         |
| 11. 子宮がん検診 | 問診、膣脂膏顕微鏡検査(スメア方式)  |         |

職員名〔健(検)診を受診した会員名を記入〕

- (注) 1. 協会けんぽの制度を利用して受診した場合は、本様式の提出は不要です。  
2. 複数の医療機関で検査を受診した場合は、医療機関毎に証明書を提出して下さい。

別紙様式 4

この様式は、法人の指定口座〔福利厚生契約申込書〔新規・変更〕(様式第1号)により貴法人が指定した金融機関口座〕以外への振込みを希望する場合に使用する依頼書です。 ※申請ごとに毎回ご提出が必要です。なお、指定した口座を名義変更等で変更する場合は、福利厚生契約申込書〔新規・変更〕(様式第1号)をあらためて提出していただく必要がありますので、福利厚生センターに当該申込書をご請求ください。

## 生活習慣病予防健診費用助成金振込口座指定依頼書

|   |   |   |  |  |
|---|---|---|--|--|
| 社会福祉法人 福利厚生センター理事長 殿  |   |   | 記入年月日<br>20 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日                |  |
| 都道府県コード<br><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | 契約者コード<br><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | 事業所コード<br><input type="text"/> <input type="text"/> | (記入者氏名)<br>_____   |  |
| 〔事業所(施設)所在地(法人で申請する場合は法人所在地)〕<br>(〒      -      )                         |   |   |  |  |
| 〔事業所(施設)名(法人で申請する場合は法人名)〕   |   |   | 〔事業所(施設)の長(法人で申請する場合は法人代表者名)〕<br><div style="text-align: right;">  </div> |  |
| TEL (      )      -   |   |   | FAX (      )      -  |  |

助成金の振込口座として上記事業所(施設)の金融機関口座を指定します。  
 なお、振込手数料(消費税含む)を助成金より差し引いて振込むことに同意します。

|        |   |  |
|--------|---|--|
| 金融機関口座 | 銀行・金庫<br>農協・組合                            | 本店・本所<br>支店・支所・出張所   |
|        | 口座種目<br>1 普通預金<br>2 当座預金<br>3 その他(      ) | 口座番号 <input type="text"/> <input type="text"/><br>右詰めで記入して下さい |
|        | (フリガナ)                                    |  |
|        | (口座名義人)                                   |  |

- (注) 1. 金融機関口座欄は預金通帳等で確認の上、記入若しくは該当項目を○で囲んで下さい。  
 2. 複数の事業所をもつ法人で、事業所毎に振込を希望する場合は、本様式をコピーして事業所毎に提出して下さい。