40歳以上　被保険者

人間ドック　補助金申請書

添付書類
①領収書（原本）
②明細書（コピー）
③健診結果（コピー）
④質問票

事業所所在地	
事業所名所	㊞
事業主氏名	
電話	

振込先

	銀行 信用金庫 信用組合		本店 支店	種別	口座番号
				当座 普通	
口座名義人 （カナで記入）					

健診月日	保険証番号	氏名	年齢	人間ドックコース名称	婦人科検診				がん検診	補助金額 ※健保使用欄
					子宮頸がん	乳房超音波	乳房マンモ	乳房超音波 乳房マンモ	PSA （50歳以上）	
4/24	1	山田　花子	45	一日人間ドック						
金額(**それぞれ記入必須です**)				38,357	3,223			9,790		
/										
金額										
/										
金額										
/										
金額										
/										
金額										

注意　　受付印

※特定健診の検査項目（問診等も含む）を受診し報告された場合のみ補助の対象となります。
※領収書や検査結果に「人間ドック」と記載のあるものが対象であり、30,000円まで補助いたします。名称の記載がない場合は人間ドックと認めないため、生活習慣病予防健康診査でご申請ください。
※上部消化管X線から上部消化管内視鏡に変更された場合、変更代は受診者負担です。例：上部消化管内視鏡14,000円 → 上部消化管X線9,000円の場合、5,000円は受診者負担となります。
※婦人科検診は健康診断を受けた方のみ20,000円まで、がん検診は5,000円まで補助いたします。上記に記載がない検査は補助の対象外です。
※金額はそれぞれ記入必須です。がん検診は領収書に料金の記載がない場合補助の対象外です。

FAX 075-623-4154

質 問 票

40歳以上

受診者情報	記号	番号	氏 名		腹囲
			フリガナ		健診結果に腹囲がない場合はこちらに必ず記入ください
			漢字		cm

自覚症状	
既往歴	

質問項目

番号	質問項目	回答値 プルダウンより選択
(1)	血圧を下げる薬を使用している	
(2)	血糖を下げる薬又はインスリン注射を使用している	
(3)	コレステロールや中性脂肪を下げる薬を使用している	
(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る	
(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る	
(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）を受けているか	
(7)	医師から、貧血といわれたことがある	
(8)	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 （※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、条件１と条件２を両方満たす者である。 条件１：最近１か月間吸っている 条件２：生涯で６か月間以上吸っている、又は合計１００本以上吸っている）	
(9)	２０歳の時の体重から１０kg 以上増加している	
(10)	1 回３０分以上の軽く汗をかく運動を週２日以上、１年以上実施している	
(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	
(12)	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い	
(13)	食事をかんで食べる時の状態	
(14)	人と比較して食べる速度が速い	
(15)	就寝前の２時間以内に夕食をとることが週に３回以上ある	

質問項目		
(16)	朝昼夕の３食以外に間食や甘い飲み物を摂取する頻度	
(17)	朝食を抜くことが週に３回以上ある	
(18)	お酒（日本酒、焼酎、ビール、洋酒など）を飲む頻度はどのくらいですか。 （※「やめた」とは、過去に月１回以上の習慣的な飲酒歴があった者のうち、最近１年以上酒類を摂取していない者）	
(19)	飲酒日の１日当たりの飲酒量 日本酒１合（アルコール度数15 度・180ml）の目安：ビール（同５度・500ml）、焼酎（同25 度・約110ml）、ワイン（同14 度・約180ml）、ウイスキー（同43 度・60ml）、缶チューハイ（同５度・約500ml、同７度・約350ml）	
(20)	睡眠で休養が十分とれている	
(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すか	
(22)	生活習慣の改善について、これまでに特定保健指導を受けたことがありますか。	