40歳以上　被扶養者

特定健康診査･婦人科検診　補助金申請書

特定健康診査（40歳以上被扶養者）・ 婦人科検診の補助金を下記の通り申請いたします。

令和　　年　　月　　日

記号－番号	被 保 険 者 名
－	自署の場合は押印不要 ㊞

受　診　者　名	生 年 月 日
	昭和　　年　　月　　日　　歳

ご住所　連絡先（日中につながる電話番号･メールアドレスをご記入ください）※記入必須です

〒　　☎　　ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ

住所

受診した医療機関の名称	健診･検診日
	令和　　年　　月　　日

健 診 ・ 検 診 項 目			申 請 者 欄 ✓	申 請 者 欄 領収書金額	健保欄 補助金額
特定健康診査（受診券利用の場合は｢券｣と記入）				円	円
婦人科検診	子宮頸がん			円	円
婦人科検診	乳房（乳がん）	超音波診断法		円	円
婦人科検診	乳房（乳がん）	マンモグラフィー		円	円
婦人科検診	乳房（乳がん）	超音波･マンモ		円	円

ご提出いただくもの
- □ 健診結果のコピー
- □ 領収書原本
- □ 明細書のコピー

領収書金額合計	領収書添付	健診結果添付	補助金額合計	備考
円	通	通	円	

振込先					
	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店	預金種別	普通 当座 その他	口座番号
	口座名義人（カナで記入）				

※補助金に関する受領を代理人に委任する（被保険者名義以外の口座に振込を希望される）場合にのみご記入ください。

受取代理人の欄		
被保険者	本請求に基づく補助金に関する受領を代理人に委任します。 令和　　年　　月　　日 住所　〒 氏名　㊞	
代理人	住所　〒 氏名　㊞	

記号番号はこちらを記入ください

被保険者名はこちらを記入ください

受付印

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。	