

短期人間ドック利用料補助金交付申請書

被保険者等	記号		番号		被保険者氏名	
受診者氏名					続柄	本人 ・ 配偶者
生年月日	昭和 平成	年	月	日	性別	男 ・ 女
健診機関名						
利用日	令和	年	月	日	～	令和 年 月 日
利用料	円			申請額	円	

【添付書類】 領収書（写）、健診結果通知書（写）、特定健診質問票

【注意事項】 短期人間ドックを利用した年度内（4月から翌年3月）に必ず申請してください。

補助額は15,000円（自己負担額が15,000円未満の場合はその額）です。

令和 年 月 日 提出

事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話番号	上記のとおり利用しましたので、申請いたします。
----------------------------------	-------------------------

※受付日付印

申請者が任意継続被保険者の場合に記入

住所 被保険者氏名	上記のとおり利用しましたので、申請いたします。
--------------	-------------------------

●任意継続被保険者の方は資格取得時にご報告いただいた口座へ振り込みます。

※ 決 裁 欄	伺 日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	次長	係
	決裁日	令和 年 月 日				
	備考					

●「※」欄は記入しないでください。

(2024.12)

特定健診問診票

記号	番号	氏名
----	----	----

以下の質問にお答えください。該当するものに☑をしてください。

既往歴・現在の症状	日頃、医師から処方された薬を飲んでいますか。	
	・ 血圧を下げる薬	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	・ 血糖を下げる薬またはインスリン注射	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	・ コレステロールや中性脂肪を下げる薬	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	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
	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
	医師から、慢性の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
たばこ	医師から、貧血と言われたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	上記以外の病気で治療を受けたことがありますか(既往歴)。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (病名:)
	自覚症状はありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (症状:)
喫煙習慣について、以下の①②に当てはまりますか。	<input type="checkbox"/> ①②両方に当てはまる <input type="checkbox"/> ②のみ当てはまる <input type="checkbox"/> どちらにも当てはまらない	
体重	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
運動	1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	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ますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	ほぼ同じ年齢の同性と比較して、歩く速度は速いですか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

食事	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
	人と比較して食べる速度が速いですか。	<input type="checkbox"/> 速い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 遅い
	就寝前の2時間以内に夕食をとることが、週3回以上ありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	朝昼夜の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
お酒	朝食を抜くことが、週3回以上ありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	お酒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。	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週5~6日 <input type="checkbox"/> 週3~4日 <input type="checkbox"/> 週1~2日 <input type="checkbox"/> 月1~3日 <input type="checkbox"/> 月に1日未満 <input type="checkbox"/> やめた <input type="checkbox"/> 飲まない(飲めない)
睡眠	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	<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"/> 3~5合未満 <input type="checkbox"/> 5合以上
睡眠	睡眠で休養が十分とれていますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
生活習慣	運動や食習慣等の生活習慣を改善してみようと思いますか。	<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か月以内) <input type="checkbox"/> 近いうちに(概ね1か月以内)改善するつもりであり、少しずつ始めている <input type="checkbox"/> 既に始めている(6ヶ月未満) <input type="checkbox"/> 既に始めている(6ヶ月以上)
	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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

* 特定健診結果を健保組合に提出する際には、必ず提出して下さい。

2024.4

* 特定健診・特定保健指導以外の業務には使用いたしません。

短期人間ドック利用料補助金交付申請書

記入例

被保険者等	記号	800	番号	9999	被保険者氏名	赤城 太郎						
受診者氏名	赤城 太郎				続柄	本人 ・ 配偶者						
生年月日	昭和 平成	35	年	5	月	5	日	性別	男 ・ 女			
健診機関名	〇〇病院											
利用日	令和	6	年	5	月	1	日	～	令和	年	月	日
利用料	45,000				円	申請額	15,000				円	

【添付書類】領収書（写）、健診結果通知書（写）、特定健診質問票

【注意事項】短期人間ドックを利用した年度内（4月から翌年3月）に必ず申請してください。

補助額は15,000円（自己負担額が15,000円未満の場合はその額）です。

令和 6 年 12 月 2 日 提出

事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話番号	上記のとおり利用しましたので、申請いたします。
----------------------------------	-------------------------

※受付日付印

申請者が任意継続被保険者の場合に記入

住所 被保険者氏名	上記のとおり利用しましたので、申請いたします。 群馬県前橋市亀里町〇〇番地 赤城 太郎
--------------	---

●任意継続被保険者の方は資格取得時にご報告いただいた口座へ振り込みます。

※ 決 裁 欄	伺 日	令和	年	月	日	常務理事	事務長	次長	係
	決裁日	令和	年	月	日				
	備 考								

●「※」欄は記入しないでください。

(2024.12)