

同 年 月 日		平 成 年 月 日			常務理事	事務長	課 長	調整官	係 長	扱 者
支 給 支 払 決 議 書	支給金額	百万	拾万	万	千	百	拾	円		
	種 別	限度額		内 訳						
	生活習慣病予防健診 A (4,500円)	@	円	—	円	×	人	=	円	
		@	円	—	円	×	人	=	円	
	生活習慣病予防健診 B (5,000円)	@	円	—	円	×	人	=	円	
		@	円	—	円	×	人	=	円	
子宮細胞診	2,000円	@		円	×	人	=	円		
乳 房 診	2,000円	@		円	×	人	=	円		
									合 計	人 = 円

施設関係利用補助金請求書

- A 35歳未満
 B { 35～39歳
 40歳以上

[生活習慣病予防健診]

平成 年 月 日

保険証記号 ()

会社名 _____ 請求者 _____ (被保険者名・会社名) ⑩

利用健診機関 _____

支 払 額 合計 _____ 名 = _____ 円

受健日	番号	受健者氏名	子宮	乳房	支払額	備考
H . .					円	
H . .					円	
H . .					円	
H . .					円	
H . .					円	

乳房・子宮の検査を別料金で実施した場合にはそれぞれの欄に○印をつけてください。

支 払 金 融 機 関		委 任 状	
銀行名	銀行	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。 平成 年 月 日	
支店名	支店		
種 別	普通・当座		
口座番号	No. _____		
フリガナ			
口座名義人		請求者名 _____ ⑩	
		代理人名 _____ ⑩	
続 紙	あり・なし	(受付日付印)	

※裏面の記入方法をご確認ください

※6名以降は続紙にご記入ください

< 記入方法 >

- I 太枠内の項目を記入してください。
- II 年齢区分ごと・健診機関ごとに請求書を分け、該当年齢区分にチェック☑をいれてください。
- III 請求者名は健診機関発行の請求書または、領収書の宛名と同一にしてください。(ただし、扶養家族が実施した健診の補助金請求の場合は被保険者名をご記入ください。)
- IV 任意継続被保険者を除き、補助金の振込先は会社となります。個人名義の領収書を添付する場合、委任状の記入が必要です。
- V 任意継続被保険者の方の支払金融機関につきましては「ゆうちょ銀行」への口座指定にご協力ください。(委任状欄の記入は必要ありません)
- VI 委任状欄の代理人名は会社名をご記入の上、押印してください。
- VII 右上と委任状欄の請求者印は同一印影を押印してください。

< 必要添付書類 >

- I 施設関係利用補助金請求書(当該用紙)
 - II 健診機関発行の領収書などの請求金額と、その支払いがわかる書面
 - III 特定健診に係る質問票(実施年度※内で40歳以上に到達された方)
 - IV 結果票のすべてのページをコピーしたもの
- ※年度は4月から翌年3月末までを指します

必要に応じて書類の追加を依頼する場合がございます。

お問い合わせ

医療施設課 03-3443-4257

続 紙

A健診・B健診・人間ドック

保険証記号()

	受 健 日	番 号	受 健 者 名	子宮	乳房	支 払 額	備 考
1	H . .					円	
2	H . .					円	
3	H . .					円	
4	H . .					円	
5	H . .					円	
6	H . .					円	
7	H . .					円	
8	H . .					円	
9	H . .					円	
10	H . .					円	
11	H . .					円	
12	H . .					円	
13	H . .					円	
14	H . .					円	
15	H . .					円	
16	H . .					円	
17	H . .					円	
18	H . .					円	
19	H . .					円	
20	H . .					円	
21	H . .					円	
22	H . .					円	
23	H . .					円	
24	H . .					円	
25	H . .					円	
26	H . .					円	
27	H . .					円	
28	H . .					円	
29	H . .					円	
30	H . .					円	

※乳房・子宮の検査を別料金で実施した場合にはそれぞれの欄に○印をつけてください。

※1泊人間ドック利用の際は備考欄に「1泊」と記載してください

特定健診にかかる質問票

(平成30年4月1日以降受健分)

事業所名称	
-------	--

記号・番号	氏名	性別	続柄
—	フリガナ <hr/> (生年月日 年 月 日)	男・女	本人・家族

受健日(平成 年 月 日)

質問項目	回答
1-3 現在、a から c の薬の使用の有無	
1 a. 血圧を下げる薬を使用している。	1: はい 2: いいえ
2 b. 血糖を下げる薬又はインスリン注射を使用している。	1: はい 2: いいえ
3 c. コレステロールや中性脂肪を下げる薬を使用している。	1: はい 2: 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。	1: はい 2: 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。	1: はい 2: 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。	1: はい 2: いいえ
7 医師から、貧血といわれたことがありますか。	1: はい 2: いいえ
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、「合計100本以上、又は6ヶ月以上吸っている者」であり、最近1ヶ月間も吸っている者)	1: はい 2: いいえ
9 20歳の時の体重から、10kg以上増加している。	1: はい 2: いいえ
10 1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施していますか。	1: はい 2: 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ますか。	1: はい 2: 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ですか。	1: はい 2: 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。	1: 何でもかんで食べることができる 2: 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 3: ほとんどかめない
14 人と比較して食べる速度が速いですか。	1: 速い 2: ふつう 3: 遅い
15 就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ありますか。	1: はい 2: 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。	1: 毎日 2: 時々 3: ほとんど摂取しない
17 朝食を抜くことが週に3回以上ありますか。	1: はい 2: いいえ
18 お酒(日本酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度	1: 毎日 2: 時々 3: 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 日本酒1合(180ml)の目安: ビール500ml、焼酎(25度)110ml、ウイスキーダブル1杯(60ml)、ワイン2杯(240ml)	1: 1合未満 2: 1~2合未満 3: 2~3合未満 4: 3合以上
20 睡眠で休養が十分とれていますか。	1: はい 2: 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。	1: 改善するつもりはない 2: 改善するつもりである(概ね6ヶ月以内) 3: 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 4: 既に改善に取り組んでいる(6ヶ月未満) 5: 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。	1: はい 2: いいえ

日本自動車部品工業健康保険組合