

同年月日		令和 年 月 日						常務理事	事務長	課長	調整官	係長	抜者
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A2 (8,000円)		A2 / B		@	円	—	円	×	人	=	円	
			A2 / B		@	円	—	円	×	人	=	円	
	生活習慣病予防健診B (15,000円)		A2 / B		@	円	—	円	×	人	=	円	
			A2 / B		@	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

- 40歳未満
 40歳以上

[生活習慣病予防健診]

令和 年 月 日

健康保険記号 ()

会社名 _____ 請求者
(被保険者名・会社名)

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
R . .					円	
R . .					円	
R . .					円	
R . .					円	
R . .					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。 令和 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 _____	
		代理人名 _____	
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

生活習慣病予防健診・人間ドック

健康保険記号()

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

該当する回答の左側に☑をしてください。また、食後時間と質問1～3、8番は必ず回答してください。

事業所名称			
健康保険 記号 - 番号	氏 名	性 別	続 柄
—	リガナ	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族
		生年月日	今回の健診は食後
		年 月 日	時間

健診日(令和 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	<input type="checkbox"/> ①はい <input type="checkbox"/> ②いいえ
2 b. 血糖を下げる薬又はインスリン注射	<input type="checkbox"/> ①はい <input type="checkbox"/> ②いいえ
3 c. コレステロールや中性脂肪を下げる薬	<input type="checkbox"/> ①はい <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> ①はい <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> ①はい <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> ①はい <input type="checkbox"/> ②いいえ
7 医師から、貧血といわれたことがある。	<input type="checkbox"/> ①はい <input type="checkbox"/> 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、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)	<input type="checkbox"/> ①はい(条件1と条件2を両方満たす) <input type="checkbox"/> ②以前は吸っていたが、最近1か月間は吸っていない(条件2のみ満たす) <input type="checkbox"/> ③いいえ(①②以外)
9 20歳の時の体重から10kg以上増加している。	<input type="checkbox"/> ①はい <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> ①はい <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> ①はい <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> ①はい <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> ①何でもかんで食べることができる <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> ③ほとんどかめない
14 人と比較して食べる速度が速い。	<input type="checkbox"/> ①速い <input type="checkbox"/> ②ふつう <input type="checkbox"/> 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回以上ある。	<input type="checkbox"/> ①はい <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> ①毎日 <input type="checkbox"/> ②時々 <input type="checkbox"/> ③ほとんど摂取しない
17 朝食を抜くことが週に3回以上ある。	<input type="checkbox"/> ①はい <input type="checkbox"/> ②いいえ
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)	<input type="checkbox"/> ①毎日 <input type="checkbox"/> ⑤月に1～3日 <input type="checkbox"/> ②週5～6日 <input type="checkbox"/> ⑥月に1日未満 <input type="checkbox"/> ③週3～4日 <input type="checkbox"/> ⑦やめた <input type="checkbox"/> ④週1～2日 <input type="checkbox"/> ⑧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(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"/> ①1合未満 <input type="checkbox"/> ②1～2合未満 <input type="checkbox"/> ③2～3合未満 <input type="checkbox"/> ④3～5合未満 <input type="checkbox"/> ⑤5合以上
20 睡眠で休養が十分とれている。	<input type="checkbox"/> ①はい <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> ①改善するつもりはない <input type="checkbox"/> ②改善するつもりである(概ね6か月以内) <input type="checkbox"/> ③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"/> ④既に改善に取り組んでいる(6か月未満) <input type="checkbox"/> ⑤既に改善に取り組んでいる(6か月以上)
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。	<input type="checkbox"/> ①はい <input type="checkbox"/> ②いいえ

※医師の診断・治療のもとで服薬中のものを指す。