

地方在住者 契約外健診機関 人間ドック補助金申請書(被保険者用)

《対象年齢》 30歳以上(年度内に30歳になる方を含みます)かつ受診日において74歳以下。健診に対する補助は年度に1回限りです。

《対象施設》 東京都以外、かつ契約外健診医療機関。

《対象コース》 当組合が指定する基本検査項目(※)に準ずる人間ドックのみを対象とします。指定以外の項目(腫瘍マーカー・婦人科・脳ドック・胸部CT・PET等)が含まれるドックは補助対象外、またはその健診機関の標準的なコースのドック料金までの補助となります。1泊2日ドック等特別なドックは補助対象外です。また、契約外施設での保健指導に対する補助はありません。

《補助金額》 受診費用の5割(限度額2万4千円、自己最低負担額6千円)を補助します。オプション項目の追加費用は全額自己負担です。

《申請方法》 申請書の太枠内を記入し、健診施設の領収書、支払内訳のわかる請求明細書または料金表(複数人数分申請の場合は、個人単価がわかるもの)のコピー、健診結果の全頁コピーを添付して提出してください。申請受付期間は受診日から3ヶ月以内です。

| | | | | |
|--------|-------|-----|---|---------|
| 受診者が記入 | 記号-番号 | - | | |
| | 受診者氏名 | | | |
| | 生年月日 | 昭・平 | 年 | 月 日(歳) |
| | 受診日 | 令和 | 年 | 月 日 |
| | 受診費用 | 円 | | |

※基本検査項目 身長 / 体重 / 肥満度 / BMI / 腹囲 / 血圧 / 心電図 / 心拍数 / 眼底 / 眼圧 / 視力 / 聴力 / 呼吸機能 / 胸部X線 / 上部消化管X線 / 腹部超音波 / 総蛋白 / アルブミン / クレアチニン / eGFR / 尿酸 / 総コレステロール / HDLコレステロール / LDLコレステロール / Non-HDLコレステロール / 中性脂肪 / 総ビリルビン / AST(GOT) / ALT(GPT) / γ -GT(γ -GTP) / ALP / 血糖(空腹時) / HbA1c / 赤血球 / 白血球 / 血色素 / ヘマトクリット / MCV / MCH / MCHC / 血小板数 / CRP / 尿一般・沈渣 / 便潜血

| 質問項目 | | 回答(○をつけてお答えください) | | | | | | |
|--------------------------------------|--|--|-----------|----------------------|-----------|-----------|--------|---------------|
| 受診者が記入 | 現在、1〜3の薬を使用していますか(※医師の判断・治療のもとで服薬中のもの) | | | | | | | |
| | 1 血圧を下げる薬 | 1. はい | 2. いいえ | | | | | |
| | 2 血糖を下げる薬又はインスリン注射 | 1. はい | 2. いいえ | | | | | |
| | 3 コレステロールや中性脂肪を下げる薬 | 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)を受けたことがありますか | 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」とは、条件1と条件2を両方満たすものである。 条件1:最近1か月間吸っている 条件2:生涯で6か月以上吸っている、または合計が100本以上吸っている) | 1. はい(条件1と条件2を両方満たす) 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) 3. いいえ(1,2以外) | | | | | | |
| | 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に2日以上、1年以上実施 | 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 | 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 | 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 | 1. 速い | 2. 普通 | 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 | 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回以上ある | 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) | 1. 毎日 | 2. 週5〜6日 | 3. 週3〜4日 4. 週1〜2日 | 5. 月に1〜3日 | 6. 月に1日未満 | 7. やめた | 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・約500ml)、焼酎(同25度・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) | 1. 1合未満 | 2. 1〜2合未満 | 3. 2〜3合未満 | 4. 3〜5合未満 | 5. 5合以上 | | |
| | 20 睡眠で休養が十分とれている | 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(概ね1ヶ月以内)に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、これまでに保健指導を受けたことがありますか | 1. はい | 2. いいえ | | | | | | |

| | | | | |
|--------|------|---------|----------|-------|
| 事業主が記入 | 事業所名 | 特定健診 | 対象 ・ 対象外 | 受付日付印 |
| | 事業主名 | 補助金対象費用 | 円 | |
| | 電話番号 | 補助金額 | 円 | |
| | 担当者名 | | 円 | |

東京紙商健康保険組合 (2025.04)