

# 地方在住者 契約外健診機関 人間ドック補助金申請書(任継被保険者用)

《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) /  $\gamma$ -GT( $\gamma$ -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			

東京紙商健康保険組合 (2025.04)