

特定健康診査補助金の請求について

特定健康診査補助金の関係書類をお送り致します。

下記の書類を添付の上、ご請求ください。

ご不明な点があれば総務課までお問い合わせください。

特定健康診査の補助金額は1名あたり5,000円(上限)です。
5,000円未満の場合は健診にかかった費用分をお支払いいたします。

補助金請求に必要なもの

- ① 特定健康診査補助金請求書 (お送りした書類です)
※被保険者様の口座をご記入ください。
- ② ・ 健診結果報告書の写し(コピー) ※健診の結果がわかるもの
・ 特定健康診査問診票の写し(コピー)
※結果報告書及び問診票の原本は受診者ご本人様が保管してください。
※特定健診問診票をもらえない場合は別添「特定健診問診票」を記入の上ご提出ください。
- ③ 領収書の原本

注意事項

- ※ 扶養家族(40歳～74歳)の方が対象です。
- ※ 健保から抜けた場合や、75歳誕生日以降の受診者は請求できません。
- ※ 特定健康診査の検査項目は全てお受けください。
全ての検査項目を受けなかった場合は補助金をお支払できません。

東京都墨田区両国4-30-7
TEL 03-3634-5151 FAX 03-3632-8009
東京都金属プレス工業健康保険組合

特定健康診査補助金請求書

※当年内(4月～12月末まで)に受診され、当年度内(翌年3月末まで)に組合へご請求
いただいた場合のみ、補助金の対象になります。

| | |
|------|---|
| 請求金額 | 円 |
|------|---|

| | | |
|--------------------|-----------------------------|----|
| 保険証の 記号番号 | 記号 | 番号 |
| 受診者氏名 (被扶養者に限る) | | |
| 受診者の 生年月日 | 年 月 日 生 ※実施年度中に40歳以上74歳以下の方 | |

| | | | |
|----------|----------------------------------|-----------------------|--|
| フリガナ | | | |
| 振込先金融機関名 | 1.銀行 2.信用金庫 3.信用組合 4.農協 | 1.本店 2.支店 3.出張所 | |
| 口座種類 | 1.普通・2.当座 | 口座番号 | |

| | |
|----------------|--|
| フリガナ | |
| 口座名義 (被保険者) | |

上記の補助金を請求いたします。

令和 年 月 日

〒 -
住 所

被保険者氏名

印

電話番号

特定健康診査問診票

| | | | | | |
|----|--|----|--|----|--|
| 記号 | | 番号 | | 氏名 | |
|----|--|----|--|----|--|

健診を受けた医療機関から問診票をもらわなかった方は、この質問表にお答えいただき健診結果と一緒に提出してください。

| | 質問事項 | 回答 |
|-----------|---|--|
| 1 | 血圧を下げる薬を服用していますか。 | ① はい ② いいえ |
| 2 | インスリン注射又は血糖を下げる薬を服用していますか。 | 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を服用していますか。 | 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、慢性の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者」とは、条件1と条件2をどちらも満たす方です。 条件1:最近1ヶ月間吸っている。 条件2:生涯で6ヶ月間以上吸っている、又は合計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(①②以外) |
| 9 | 20歳の時の体重から10kg以上増加していますか。 | 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、一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 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回以上ありますか。 | ① はい ② いいえ |
| 16 | 朝昼夕食の3食以外に間食や甘い飲み物をとることがありますか。 | 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方のうち、最近一年以上酒類を摂取していない方になります。 | 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日当たりの飲酒量は、どのくらいですか。 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) | 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(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、これまでに特定保健指導を受けたことがありますか。 | ① はい ② いいえ |
| 女性 記入欄 | 生理中ですか。 | ① はい ② いいえ |
| | 妊娠中ですか。 | ① はい ② いいえ |

※ この質問表は特定保健指導を行なうために使用いたします。