

(健保使用欄)

| | | | | | | | | |
|------|------|---------|----|---|------|----|---|---|
| 常務理事 | 事務局長 | 課長 | 係長 | 係 | 資格照合 | 起案 | . | . |
| | | | | | | 決裁 | . | . |
| 決定額 | | ¥ _____ | | | | 摘要 | | |

平成29年度 保健事業補助金支給申請書

| | | | | | | | | |
|------------------------|-----------------|---|---|---|-------|--|---|--|
| 受(検)診年月日 | 平成 | | 年 | | 月 | | 日 | |
| 受(検)診機関 | 名称 | | | | | | | |
| | 所在地 (市区町村まで) | | | | | | | |
| | TEL | (| |) | - | | | |
| 受(検)診に要した費用 (料金の総額) | | | | | 円(税込) | | | |

上記のとおり実施したので、関係書類を添えて申請します。

平成 年 月 日

保険証記号 - 番号 -

事業所名

被保険者氏名 ⑩

受診者氏名

(生年月日) 昭和 年 月 日 (該当年齢) 歳
平成 年 月 日 歳

〒 -

受診者住所

川口工業健康保険組合理事長 殿

委任状

事業主を代理人として健康保険組合より支給される補助金の受取方の件を委任いたします。

被保険者 氏名 ⑩

下記の申請するものに1つ☑を入れて下さい。

人間ドック 脳ドック 自治体がん検診 自治体等歯科健診

◇ 必要書類については別紙の補助金支給要領の通りとなります。

●添付書類

| | 支給申請書 | 領収書 (原本) | 健診結果 (全てコピー) | 質問票 40歳～74歳 | 市報等の 健診条件が確 認できるもの | 申請者名簿 (複数の場合) |
|-------------|-------|-------------|-----------------|----------------|--------------------------|------------------|
| 人間 or 脳ドック | ○ | ○ | ○ | ○ | / | / |
| 自治体がん or 歯科 | ○ | ○ | / | / | ○ | / |

●自治体がん検診内訳

| | | | | | |
|-------|----------------------|---|------|----------------------|---|
| 胃がん | <input type="text"/> | 円 | 子宮がん | <input type="text"/> | 円 |
| 大腸がん | <input type="text"/> | 円 | 乳がん | <input type="text"/> | 円 |
| 前立腺がん | <input type="text"/> | 円 | 合計 | <input type="text"/> | 円 |
| 肺がん | <input type="text"/> | 円 | | | |

※ 領収書は返却致しませんので、必要な場合は、領収書等原本とそのコピーの両方を提出して下さい。
確認後、お返しいたします。
(ネットバンキングで支払をした場合は、支払いをした証明と請求明細書(内訳)の写しを添付して下さい。)

- ※ 申請の提出期限は平成30年3月31日必着です。
- ※ 全ての補助金は、100円未満切捨てで支給いたします。
- ※ 計画的な健診で、重複受診は控えましょう。

- ◎ この申請による補助金は、事業所を経由して支給します。
(任意継続の方は、任継手続時の指定口座に振込みますので、委任状は不要です)
- ◎ 個人情報につきましては、当健保組合の個人情報保護管理規程に管理され、目的以外に使用することは致しません。

受付印

平成29年度 人間ドック・脳ドック 補助金申請用 特定健康診査 質問票

| | | | |
|------|-------------|------------|--------------------------------|
| 事業所名 | 保険証 記号 — 番号 | ふりがな 氏名 | どちらかで○で記入して下さい 被保険者 被扶養者 |
| | | | |

◆ 下記の質問について、回答欄の該当する番号に○をして下さい。
 なお、この『質問票』は、国への報告や特定保健指導等の資料となります。

| | |
|--------------------|----|
| 必ず記入してください。 腹 囲 | cm |
| | |

| 質 問 項 目 | 回 答 |
|---|--|
| 1 現在、血圧を下げる薬を服用していますか。 | 1. はい 2. いいえ |
| 2 現在、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 現在、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)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、「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、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 ほぼ同じ年齢の同姓と比較して歩く速度が速いですか。 | 1. はい 2. いいえ |
| 13 この1年間で体重の増減が±3kg以上ありましたか。 | 1. はい 2. いいえ |
| 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 夕食後に間食(3食以外の夜食)をとることが週に3回以上ありますか。 | 1. はい 2. いいえ |
| 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(清酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度は、どのくらいですか。 | 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日当たりの飲酒量は、どのくらいですか。 清酒1合(180ml)の目安：ビール中瓶1本(約500ml)、焼酎35度(80ml)、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(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. すでに改善に取り組んでいる(6ヶ月未満) 5. すで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 |

※ この『質問票』により取得した個人情報、目的以外に使用致しません。

川口工業健康保険組合