

（
健
保
使
用
欄
）

常務理事	事務局 局長	事務局 次長	担当 課長	係	係	資格 照合	決裁	・	・
							摘要		
決定額		¥							
内 訳		特定健診 @ × , @ × , @ × , @ × , 計							
		がん検診 @ × , @ × , @ × , @ × , 計							
		ABC検査 @ × , @ × , @ × , @ × , 計							
		胃がん単体 @ × , @ × , @ × , @ × , 計							
XMLデータ作成料		単価	円	人数	名	総費用	円	補助額	円

事業主健診補助金申請書（特定健診・同時がん検診・胃の健康度検査）

・申請の提出期限は健診年度末3月31日組合必着です。 （受診した年度内に申請してください） ・対象者は、任意の医療機関で事業主健診を受診した被保険者及び被扶養者です。（被扶養者は事業主の了承を得た方）		内 訳	・補助金対象年齢は、健診年度末3月31日時点です。 特定健康診査(40歳以上の男女) 名 大腸がん検診(35歳以上の男女) 名 前立腺がん検診(50歳以上の男性) 名 肺がん検診(35歳以上の男女) ※注1 名 乳がん検診(35歳以上の女性) 名 子宮がん検診(20歳以上の女性) 名 胃がん検診(35歳以上の男女) 名 胃の健康度検査(対象年齢の男女) ※注2 名	
受診機関	所在地			
	名 称			
受診総費用			円(税込)	
川口工業健康保険組合 理事長 殿 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。 令和 年 月 日 事業所証記号 _____ 事業所所在地 _____ 事業所名 _____ 事業主氏名 _____			※注 生活習慣病予防健診Bコースは健診時同時がん検診の補助の対象ではありません。 ※注1 定期健康診断(安衛則第43条・第44条)における胸部X線は除外となります。 ※注2 35歳から70歳までの5歳刻みを対象とする。	
《添付書類》ご準備できたものに✓してください。 <input type="checkbox"/> 健診機関発行の請求明細書(内訳)の写し <input type="checkbox"/> 健診機関発行の領収書(必ず事業所名の入ったもの)の写し ※ ネットバンキング等で支払をした場合は、支払いをした証明 <input type="checkbox"/> 別紙の申請者名簿(必ず保険証の番号順に記入をして下さい。) <XMLデータのご提出がない場合、下記も必要になります。> <input type="checkbox"/> 健診結果全部の写し(申請者全員分) <input type="checkbox"/> 当健保組合の『質問票』(40歳以上全員分)			特定健診必須項目 質問票(服薬歴、喫煙歴等) 身体計測(身長、体重、BMI、腹囲) 理学的検査(身体診察) 血圧測定 尿検査(糖、蛋白) 血液検査 <脂質>中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール <糖代謝>HbA1cまたは血糖 <肝機能>GOT、GPT、γ-GTP	

特定健診の補助について、下記の『特定健診必須項目』を満たしていない場合は補助の対象外となります。ご注意ください。

XMLデータについて

・XMLデータの作成には、補助金の対象となるがん検診項目等を含む健診項目すべてをデータ作成の旨、医療機関等へご依頼願います。

なお、当組合でXMLデータの内容を確認した際、補助金対象の検査項目不足分については別途紙での健診結果(写し)をお願いする場合があります。予めご了承くださいませようお願いいたします。

補助額	1人当たり上限500円、データ作成料の総費用より100円未満切捨て
対象者	40歳から74歳までの方で特定健診必須項目を受けられた方

※補助額に満たない場合は実費額までの補助

受付印

- ◎ 補助額上限は1人につき特定健診分5,000円、がん検診分5,000円、胃がん検診分(バリウム又は内視鏡検査)5,000円、胃の健康度検査分2,000円となります。(いずれも100円未満切捨て)
- ◎ この申請による補助金は、事業所指定口座に振込みます。
- ◎ 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則り管理され、目的以外に使用することは致しません。
- ◎ また、生活改善の必要な方には、保健指導業務委託業者から保健指導のご案内をいたしますので、ご了承の上ご申請願います。

(健診年度の3月31日時点で40歳以上の方) 特 定 健 康 診 査 質 問 票

保険証 記号 — 番号 —	ふりがな 氏 名
------------------	-------------

◆ 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。

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。	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を両方満たす者である。 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ヶ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 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、かみにくい事がある 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者のうち、最近1年以上酒類いない者)	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. 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、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

※ 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