

従業員番号4桁(枝番除く)を入力ください。

①マイナポータル、②資格情報のお知らせ、③資格確認書のいずれかで確認ください。

## 外医療機関・健康診断 補助金申請書

(本人・家族)に対する補助金について、  
は内訳のわかる書類および検査結果表を添付し申請いたします。

太枠内を				令和	2	年	8	月	31	日				
被保険者等 記号・番号	記号	番号	被保険者 氏名	フリガナ ケンボ タロウ										
	1	〇〇〇〇	健保 太郎											
生年月日	昭和 平成	50	年	1	月	1	日	45	才	性別	男・女	TEL (日中の連絡先)	090 (1234) 5678	
現住所	〒 123-4567 東京都〇〇区〇〇町1-2-3 △△マンション456号							自宅TEL 03 (7891) 2345						
事業所・部署名	〇〇部 〇〇課							携帯TEL 090 (1234) 5678						
健康を受けた方が 被扶養者の場合	氏名	フリガナ	生年月日	昭和 平成	年	月	日	才	続柄					
健康診断を 受けた 医療機関	名称	〇〇クリニック					受診日	令和	2	年	7	月	31	日
	所在地	東京都〇〇区〇〇町1-2-3												
健康診断に 要した 費用の内訳	種類	対象	金額	支給金額										
	※受診コースに☑をお願いします。				※記入しないでください									
	<input checked="" type="checkbox"/> 人間ドック (日帰り)	35歳以上	44,000 円	円										
	<input type="checkbox"/> 生活習慣病予防健診 ※被扶養者のみ	35歳以上	円	円										
	<input type="checkbox"/> 脳MRI/MRA	40歳以上	円	円										
	<input type="checkbox"/> 婦人健診	全年齢	円	円										
	<input type="checkbox"/> 胃部検査 ※被保険者のみ	34歳以下	円	円										
<input type="checkbox"/> 脳ドック ※被扶養者のみ (特定健診項目を含む)	40歳以上	円	円											
			円	円										
合計			44,000 円	円										

かかった金額全て  
(領収書と同じ金額)をご  
記入ください。

本申請に基づく補助金に関する受領を事業主に委任します。

委任状は必ず日付を記入し、署名ください。

令和 2 年 8 月 31 日

被保険者氏名

健保 太郎

人間ドック、生活習慣病予防健診、脳ドックを受けた場合は、次のページの間診票も必ずご記入ください。

因幡電機産業健康保険組合 〒532-0003 大阪府大阪市淀川区宮原4-1-6 電話06-6151-5247 Fax06-6151-5248

- 注意
- 健診後はこの申請書に①「健診機関の領収書と明細書もしくは内訳のわかる書類の原本」と②「検査結果表 (コピー可)」を添付の上、健診後2ヵ月以内に因幡電機産業株式会社 人事部あてに申請してください。
  - 受診日に健康保険の資格がない方は申請できません。
  - 健康診断 (本人・家族) の補助金は、被保険者の金融機関口座に振り込みます。

## 【個人情報・健診結果について】

個人情報と健診結果、次項の間診票は個人情報保護法のもと健康保険組合および委託会社であるバリューHRに提出されます。  
また健診結果・間診票については、健康管理、保健指導、労働基準監督署への定期健康診断結果報告などに活用いたします。  
同意の上ご申請ください。

受付日付印

**従業員用**

契約外医療機関・健康診断 補助金申請書

被保険者等 記号・番号	記号 1	番号 〇〇〇〇	受診者 氏名 健保 太郎	フリガナ ケンボ タロウ
----------------	---------	------------	--------------------	-----------------

問診票	※未記入の場合は、ご連絡させていただきます。	選択肢	回答
1	現在、血圧を下げる薬を使っていますか。	①はい ②いいえ	②
2	現在、インスリン注射または血糖を下げる薬を使っていますか。	①はい ②いいえ	②
3	現在、コレステロールや中性脂肪を下げる薬を使っていますか。	①はい ②いいえ	①
4	医師から、脳卒中(脳出血、脳梗塞等)にかかっていると言われたり、治療を受けていますか。	①はい ②いいえ	②
5	医師から、心臓病(狭心症、心筋梗塞等)にかかっていると言われたり、治療を受けていますか。	①はい ②いいえ	②
6	医師から、慢性腎臓病や腎不全にかかっていると言われたり、治療(人工透析)を受けていますか。	①はい ②いいえ	②
7	医師から、貧血と言われたことがありますか。	①はい ②いいえ	②
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、また合計100本以上吸っている	①はい (条件1、2を両方満たす) ②以前は吸っていたが、最近1か月は吸っていない (条件2のみ満たす) ③いいえ(①②以外)	③
9	20歳の時の体重から10kg以上増加しましたか。	①はい ②いいえ	①
10	1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2回以上、1年以上実施していますか。	①はい ②いいえ	①
11	日常生活において歩行また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	②
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速い ②ふつう ③遅い	②
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なんでもかんで食べることができる ②歯や歯ぐき、かみ合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	①
14	人と比較して食べる速度が速いですか。	①速い ②ふつう ③遅い	②
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	②
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	②
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	②
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、過去につき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1~3日 ⑥月1日未満 ⑦やめた ⑧飲まない(飲めない)	④
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量はどれくらいですか。 日本酒1合(アルコール度数15度 180ml)の目安:ビール(同5度 約500ml)、 焼酎(同25度 約110ml)、ウイスキー(同43度 約60ml)、ワイン(同14度 約180ml)、 缶チューハイ(同5度 約500ml、同7度約350ml)	①1合未満 ②1~2合未満 ③2~3合未満 ④3~5合未満 ⑤5合以上	②
20	睡眠で休養が十分とれていますか。	①はい ②いいえ	①
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か月以内) ③近いうちに(概ね1か月以内)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か月未満) ⑤すでに改善に取り組んでいる(6か月以上)	③
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	②

ご自身の生活習慣について、  
当てはまる選択肢を  
ご回答ください。