

健康診断立替払申請書

被 保 険 者	保険証 記号－番号	—	被保険者氏名	
	所 属			
受 診 者	受診者氏名		続 柄	本人（社員） ・ 家族
	現住所・電話	〒 _____ 電話番号 _____ (日中連絡可能な番号)		
	生年月日	昭・平	年	月 日 年齢 歳
	受 診 日	令和	年	月 日
	健診料金	円		

受 領 振 込 口 座	被保険者本人の給与の振込口座を指定してください			
	金融機関名	銀行 _____ 支店（店番号： _____）		
	口座番号	普通		
	フリガナ			
	口座名義人			

◇ 本申請書に以下の書類を添付し、当健保組合へ直接ご申請ください。

- ① 健診実施機関より発行された領収書（原本）
- ② 健診結果票の全ページのコピー
- ③ 標準的な質問票

支給日：毎月 15 日までに当組合で受理した件は、当月 25 日※ に上記振込口座へ支給いたします。

※ 25 日が土日および祝日の場合は、翌営業日とします。

立替払い補助限度額一覧

年齢は年度末時点の年齢とする

健 診 種 類		補助限度額（円）	健保 使用欄
一般健診	34歳以下 労働安全衛生法に基づく項目が目安	14,000	
成人健診	35歳以上 労働安全衛生法に基づく項目に胃部検査、便潜血検査が目安	30,000	
婦人健診	上記項目に乳房、子宮検査を含めて受けた場合	37,000	
人間ドック	40歳以上 特定健康診査基本項目を含めて実施を	50,000	

◆ 二次検査（精密検査および再検査）の費用への補助はありません。保険診療でご対応ください。

*健保使用欄

支給決定額

円

標準的な質問票

保険証記号－番号 _____

氏名 _____

	質 問 項 目	回 答
1～3	現在、aからcの薬の使用の有無	
1	a. 血圧を下げる薬	①はい ②いいえ
2	b. インスリン注射または血糖を下げる薬	①はい ②いいえ
3	c. コレステロールを下げる薬	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る。	①はい ②いいえ
8	現在、たばこを習慣的に吸っている。 （*「現在、習慣的に喫煙している者」とは、「合計 100 本以上、または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また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ふつう 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	夕食後に間食（3食以外の夜食）をとることが週に3回以上ある。	①はい ②いいえ
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（清酒、焼酎、ビール、洋酒など）を飲む頻度	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日当たり飲酒量 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）	①1合未満 ②1～2合未満 ③2～3合未満 ④3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近いうちに（概ね1ヶ月以内）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