

## 人間ドック補助金申請書

常務理事	課長	担当者

申請期限:2025年3月31日 健保組合必着

年 月 日

被 保 険 者 記 入 欄	記号・番号	-	電話番号 日中の連絡先	
	被保険者氏名			
	会社・事業所名		部署	
	受診者氏名・続柄	続柄	年齢	
	医療機関名		窓口支払額	円
	受診日	令和 年 月 日	受診コース	<input type="checkbox"/> 日帰りコース <input type="checkbox"/> その他コース
	受診オプション検査	<input type="checkbox"/> 胃内視鏡 <input type="checkbox"/> 胸部CT <input type="checkbox"/> 大腸内視鏡 <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー <input type="checkbox"/> 乳房 <input type="checkbox"/> 子宮 <input type="checkbox"/> 頭部MRI <input type="checkbox"/> 頭部MRA <input type="checkbox"/> 頸部MRI <input type="checkbox"/> 頸部MRA <input type="checkbox"/> 頭部CT <input type="checkbox"/> 頸部超音波 <input type="checkbox"/> LOX-index <input type="checkbox"/> PET <input type="checkbox"/> その他 ( )		
在職中の給付金 支払いに関する同意	<input type="checkbox"/> 在職中、補助金は事業主経由で受領することに同意します。			

## 添付書類

- ① 領収書原本
- ② 健診結果(写し)  
当健保ホームページ記載の必須項目をすべて受診されているかご確認下さい。  
**未受診項目がある場合は、補助対象外となります。**
- ③ 特定健診問診票 40歳以上の方は必ず添付して下さい。

添付書類は申請書にホチキス留めして下さい。

退職後に請求する場合に記入 (任意継続者:記号9990は記入不要)

金融機関コード	銀行 信用金庫 信用組合	店舗コード	支店 本店 出張所	種目	口座番号	フリガナ
				普通預金		口座名義人

添付書類 ゆうちょ銀行を指定した場合は通帳のコピー(店名、店番、預金種目、口座番号が書いてあるページ)  
※ゆうちょ銀行の場合は、ゆうちょ銀行と店名(支店名)及び振込専用の新しい口座番号(7桁)を記入

健 保 記 入 欄	支給額	円	支給日	令和 年 月 日
	日帰りコース	日帰りドック費用(税込)×0.5 上限 25,000円		
	オプション	オプション検査費用(税込)×0.5 上限 10,000円		
	PET	検査にかかった費用(税込) 上限 10,000円		
	脳血管系疾患	検査にかかった費用(税込) 上限 10,000円		
	備考			

発信者印

## 【支給要件・注意事項】

- ① 検査日に有資格者(被保険者/被扶養者)であること。年齢制限はありません。
- ② 申請は年度内一人1回です。
- ③ 申請の期限は、年度内(4/1～3/31) **健保組合必着**です。  
◆申請の期限に間に合わない場合は、あらかじめご連絡ください。
- ④ 必須項目を網羅していない場合は、人間ドックの補助対象外となります。
- ⑤ 保険診療(保険証使用時)の場合は、補助金対象外です。
- ⑥ 人間ドックの一泊コース・各医療機関で定める独自のコースを受診した場合は、当該医療機関の日帰りコースにて補助金を算出させていただきます。
- ⑦ がん検診でPET検査補助を受けている場合 → 【オプションPET】補助対象外  
脳血管系疾患等検査で補助を受けている場合 → 【オプション脳血管系疾患】補助対象外
- ⑧ 40歳以上の方は特定健診問診票も添付してください。

2024年度

## 特定健康診査問診票

受診者情報	加入者番号		氏名		生年月日
	記号	番号	フリガナ		西暦
			漢字		年 月 日

質問項目		回答(○をつけてください。)
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. 血糖を下げる薬又はインスリン注射	① はい ② いいえ
3	c. コレステロールや中性脂肪を下げる薬	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る	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か月間吸っている 条件2:生涯で6か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又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とき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	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回以上ある	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 月に1~3日 ⑥ 月に1日未満 ⑦ やめた ⑧ 飲めない(飲まない)
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量 日本酒1合(アルコール度数15度・180ml)の目安: ビール(5度)500ml、焼酎(25度)110ml、ワイン(14度)180ml ウイスキー(43度)60ml、缶チューハイ(5度)500ml(7度)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えますか	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、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

## 人間ドック補助金申請書

常務理事	課長	担当者

年 月 日

被 保 険 者 記 入 欄	記号・番号	-	電話番号 日中の連絡先	
	被保険者氏名			
	会社・事業所名		部署	
	受診者氏名・続柄	続柄	年齢	
	医療機関名		窓口支払額	円
	受診日	令和 年 月 日	受診コース	<input type="checkbox"/> 日帰りコース <input type="checkbox"/> その他コース
	受診オプション検査	<input type="checkbox"/> 胃内視鏡 <input type="checkbox"/> 胸部CT <input type="checkbox"/> 大腸内視鏡 <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー <input type="checkbox"/> 乳房 <input type="checkbox"/> 子宮 <input type="checkbox"/> 頭部MRI <input type="checkbox"/> 頭部MRA <input type="checkbox"/> 頸部MRI <input type="checkbox"/> 頸部MRA <input type="checkbox"/> 頭部CT <input type="checkbox"/> 頸部超音波 <input type="checkbox"/> LOX-index <input type="checkbox"/> PET <input type="checkbox"/> その他 ( )		
在職中の給付金 支払いに関する同意	<input type="checkbox"/> 在職中、補助金は事業主経由で受領することに同意します。			

## 添付書類

- ① 領収書原本
- ② 健診結果(写し)  
当健保ホームページ記載の必須項目をすべて受診されているかご確認ください。  
**未受診項目がある場合は、補助対象外となります。**
- ③ 特定健診問診票 40歳以上の方は必ず添付して下さい。

添付書類は申請書にホチキス留めして下さい。

退職後に請求する場合に記入（任意継続者:記号9990は記入不要）

金融機関コード	銀行 信用金庫 信用組合	店舗コード	支店 本店 出張所	種目	口座番号	フリガナ
				普通預金		口座名義人

添付書類 ゆうちょ銀行を指定した場合は通帳のコピー(店名、店番、預金種目、口座番号が書いてあるページ)  
※ゆうちょ銀行の場合は、ゆうちょ銀行と店名(支店名)及び振込専用の新しい口座番号(7桁)を記入

健 保 記 入 欄	支給額	円	支給日	令和 年 月 日
	日帰りコース	日帰りドック費用(税抜き)×0.5 上限 25,000円		
	オプション	オプション検査費用(税抜き)×0.5 上限 10,000円		
	PET	検査にかかった費用(税込み) 上限 10,000円		
	脳血管系疾患	検査にかかった費用(税込み) 上限 10,000円		
備考				

発信者印

## 【支給要件・注意事項】

- ① 検査日に有資格者(被保険者/被扶養者)であること。年齢制限はありません。
- ② 申請は年度内一人1回です。
- ③ 申請の期限は、事由の発生した日(受診日)から1年間です。
  - ◆申請の期限に間に合わない場合は、あらかじめご連絡ください。
- ④ 必須項目を網羅していない場合は、人間ドックの補助対象外となります。
- ⑤ 保険診療(保険証使用時)の場合は、補助金対象外です。
- ⑥ 人間ドックの一泊コース・各医療機関で定める独自のコースを受診した場合は、当該医療機関の日帰りコースにて補助金を算出させていただきます。
- ⑦ がん検診でPET検査補助を受けている場合 → 【オプションPET】補助対象外  
脳血管系疾患等検査で補助を受けている場合 → 【オプション脳血管系疾患】補助対象外
- ⑧ 40歳以上の方は特定健診問診票も添付してください。

2023年度

## 特定健康診査問診票

受診者情報	加入者番号		氏名		生年月日
	記号	番号	フリガナ		西暦
			漢字		年 月 日

質問項目		回答(Oをつけてください。)
1~3	現在、aからcの薬の使用の有無	
1	a. 血圧を下げる薬を飲んでいる	① はい ② いいえ
2	b. インスリン注射又は血糖を下げる薬を飲んでいる	① はい ② いいえ
3	c. コレステロールや中性脂肪を下げる薬を飲んでいる	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、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又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とき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	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回以上ある	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	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 日本酒1合(180ml)の目安：ビール500ml、焼酎(25度)110ml、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