| 常務理事 | 課長 | 担当者 |
|---|---|---|
| | | |

# 人間ドック補助金申請書

**申請期限：2026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<br>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 | ☐ 日帰りコース　☐ その他コース |
| 受診オプション検査 | ☐ 胃内視鏡　☐ 胸部CT　☐ 大腸内視鏡　☐ 腫瘍マーカー　☐ 乳房　☐ 子宮<br>☐ 頭部MRI　☐ 頭部MRA　☐ 頸部MRI　☐ 頸部MRA　☐ 頭部CT　☐ 頸部超音波<br>☐ LOX-index　☐ PET　☐ その他　（　　） | | |
| 在職中の給付金<br>支払いに関する同意 | ☐　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<br>信用金庫<br>信用組合 | 店舗コード | 支店<br>本店<br>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）<br>※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 |
|---|
| |

048S 古河電工健保険組合

## 【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。
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。

# 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<br>年　月　日 |
| | | | 漢字 | | |

| 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<br>※「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<br>条件1:最近1か月間吸っている<br>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)<br>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)<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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<br>※「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<br>③ 週3～4日　④ 週1～2日<br>⑤ 月に1～3日　⑥ 月に1日未満<br>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<br>日本酒1合(アルコール度数15度・180ml)の目安：<br>ビール(5度)500ml、焼酎(25度)110ml、ワイン(14度)180ml<br>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<br>③ 2～3合未満　④ 3～5合未満<br>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いますか | ① 改善するつもりはない<br>② 改善するつもりである(概ね6ヶ月以内)<br>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<br>④ 既に改善に取り組んでいる(6ヶ月未満)<br>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 |