

## 人間ドック補助金申請書

常務理事	課長	担当者

申請期限:2027年3月31日 健保組合必着

記入日	年 月 日		
記号・番号	-	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	年 月 日		
人間ドック オプション検査	補助対象項目		
	内視鏡: <input type="checkbox"/> 胃部 <input type="checkbox"/> 大腸 胸部: <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI・MRA 腹部: <input type="checkbox"/> エコー <input type="checkbox"/> MRI・MRA		
	乳房: <input type="checkbox"/> 触診 <input type="checkbox"/> マンモ <input type="checkbox"/> 超音波 <input type="checkbox"/> MRI・MRA		
	子宮: <input type="checkbox"/> 頸部細胞診 <input type="checkbox"/> 体部細胞診 <input type="checkbox"/> HPV 肝炎: <input type="checkbox"/> B型 <input type="checkbox"/> C型		
	甲状腺: <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 超音波 <input type="checkbox"/> MRI・MRA		
	その他: <input type="checkbox"/> 胃部ABC、パプシノゲン、ピロリ <input type="checkbox"/> 消化器MRI・MRA <input type="checkbox"/> 喀痰細胞診 <input type="checkbox"/> 骨密度		
	<input type="checkbox"/> アミノインデックス <input type="checkbox"/> 前立腺がん(PSA) <input type="checkbox"/> LOX-index <input type="checkbox"/> PET		
	頭部: <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> MRA <input type="checkbox"/> CT 頸部: <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> MRA <input type="checkbox"/> 超音波		
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。		
退職後・退職予定の方	<input type="checkbox"/> 【別紙】補助金振込口座情報を併せてご提出ください。 任意継続者は不要です。		

添付書類	<p>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基本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。 ④ 退職後・退職予定の方 : : 【別紙】補助金振込口座情報</p> <p>※ 添付書類は申請書にホチキス留めして下さい。</p>
------	---

健保記入欄	支給額	円	支給日	令和	年	月	日
	日帰りコース	検査にかかった費用(税込)	上限 25,000円				
	脳血管系疾患 オプション	検査にかかった費用(税込)	上限 10,000円				
	その他オプション	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・被扶養配偶者・40歳以上の被扶養者)であること。
- ② 申請は年度内一人1回です。
- ③ 申請の期限は、**3月31日健保組合必着**です。
- ④ 受診コースにオプション検査が含まれている場合は、人間ドックとして補助いたします。
- ⑤ 40歳以上の方は特定健診問診票も添付してください。

**【申請不要】**

契約医療機関でKENPOSより予約、受診した場合

**【補助対象外】**

健保が定める基本項目を網羅していない場合  
自己判断で検査項目をキャンセルした場合  
保健診療での受診  
海外の医療機関での受診

退職後の方および申請後1か月以内に退職予定の方は、**支払い先が個人口座**となるため【別紙】補助金振込口座情報が必要となります。



**【別紙】** 補助金振込口座情報

退職後・退職予定の方が申請する場合の添付書類

任意継続者：記号9990は記入不要です

補助金振込口座情報												
金融機関コード			店舗コード			種目		口座番号			フリガナ	
銀行 信用金庫 信用組合			支店 本店 出張所			普通預金					口座名義人	
ゆうちょ銀行の口座へ振り込みを希望される場合、支店名は3桁の漢数字を、口座番号は振込専用の口座番号(7桁)をご記入ください												

# 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
			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	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、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