

健康診断補助金申請書

当社従業員（家族）の健康診断を下記のとおり実施しましたので、
健康診断結果写、領収書写を添付のうえ、補助金の申請をいたします。

記

- 健康診断実施
支店、営業所名 _____
- 健診実施機関名 _____
- 実施年月日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
- 受診者数

| | 被保険者 | 家族 |
|---------------|------|----|
| 若年者定期健診 | 名 | 名 |
| 法定定期 入社時健診 | 名 | 名 |
| 生活習慣病健診 | 名 | 名 |
| 特定健診 | | 名 |

【事業所の振込先金融機関】

| | | | | | |
|-----------|----|----|-------|-----|-----|
| 振込 希望先 | 銀行 | 支店 | 普通・当座 | No. | 名義人 |
| | | | | | |

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

事業所所在地
名称
代表者

大阪婦人子供既製服健康保険組合理事長 殿

健康診断補助金補助限度額及び必要検査項目

| 検査分類 | 検査項目 | 若年者定期健診 | 法定定期健診 | 生活習慣病健診 | 特定健診 |
|-------|-----------------|---------|----------------------|---------|-----------|
| | | | 入社時健診 | | |
| 問診 | 問診 | ● | ● | ● | ● |
| 身体計測 | 身長 | ● | ● | ● | ● |
| | 体重 | ● | ● | ● | ● |
| | BMI指数 | ● | ● | ● | ● |
| | 標準体重 | ● | ● | ● | ● |
| | 腹囲 | | ● | ● | ● |
| 視力 | 視力 | ● | ● | ● | |
| 血圧 | 最高/最低 | ● | ● | ● | ● |
| 聴力 | オーディオメーター・音叉等 | ● | ● | ● | |
| 検尿 | 糖 | ● | ● | ● | ● |
| | 蛋白 | ● | ● | ● | ● |
| | 潜血反応 | | | ● | |
| 胸部X線 | 直接または間接 | ● | ● | ● | ● |
| 心電図 | 心電図 | | ● | ● | |
| 生化学検査 | AST(GOT) | | ● | ● | |
| | ALT(GPT) | | ● | ● | |
| | γ-GTP | | ● | ● | |
| | ALP | | | ● | |
| | HDLコレステロール | | ● | ● | |
| | LDLコレステロール | | ● | ● | |
| | 中性脂肪 | | ● | ● | |
| | 総コレステロール | | | ● | |
| | クレアチニン | | | ● | |
| | eGFR | | | ● | |
| | 尿酸 | | | ● | |
| | 空腹時血糖 | | ● | ● | |
| | HbA1c | | ● | ● | |
| 血球検査 | 赤血球数 | | ● | ● | |
| | ヘマトクリット | | | ● | |
| | ヘモグロビン | | ● | ● | |
| | MCV | | | ● | |
| | MCH | | | ● | |
| | MCHC | | | ● | |
| | 白血球数 | | | ● | |
| | 血小板 | | | ● | |
| 胃部X線 | 直接または間接 | | | ※● | |
| 便潜血反応 | 免疫2回法 | | | ● | |
| 眼底検査 | 眼底検査 | | | ● | |
| 腹部超音波 | 胆のう・肝臓・腎臓・膵臓・脾臓 | | | ● | |
| 対象者 | | 主に30歳未満 | 主に30歳以上 新たに雇用された方 | 35歳以上 | 40歳以上被扶養者 |
| 補助限度額 | | 1,200円 | 3,600円 | 10,000円 | 2,500円 |

※生活習慣病健診は、胃部X線が未受診の場合は、法定定期健診（3,600円）となります。

質問票（特定健診・保健指導用）

令和 年 月 日

フリガナ

事業所名 _____

氏名 _____ (男・女)

(S・H 年 月 日生 才)

記号・番号 _____

※質問の一部が問診表と重複しているところがございますが
ご了承願います。

連絡先電話番号 () _____

| | 質問項目 | 回答 |
|-----|---|--|
| 1-3 | 現在、aからcの薬を服用していますか。 | |
| 1 | a. 血圧を下げる薬 | ①はい ②いいえ |
| 2 | b. インスリン注射又は血糖を下げる薬 | 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）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りますか。 | 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ヶ月間吸っている 条件2：生涯で6ヶ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ヶ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年以上実施していますか。 | 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時間以上実施していますか。 | 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 |
| 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 | 朝昼夜の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経験があった者のうち、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月に1日未満 ⑦やめた ⑧飲まない（飲めない） |
| 19 | 飲酒日の1日当たりの飲酒量はどのくらいですか。 日本酒1合（アルコール度数15度180ml）の目安：ビール（同5度・500ml）、焼酎（同25度・約110ml）、ワイン（同14度、180ml）、ウイスキー（同43度・60ml）、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 |
| 20 | 睡眠で十分休養がとれている。 | 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、これまでに保健指導を受けたことがありますか。 | ①はい ②いいえ |