

家族健診・婦人科検査補助金交付申請にあたって

(婦人科検査のみ申請されるもこちらの申請書をお使いください)

【補助金交付申請方法】

下記(1)の書類に必要事項を記入のうえ、(2)・(3)を添付して貴事業所の健康管理責任者を經由して申請してください(特例退職・任意継続被保険者の方は直接申請してください)。

(1) 家族健診・婦人科検査補助金交付申請書

「被保険者が記入するところ」と「委任状」を記入してください。また、下段「実施明細・報告」に健診機関名・健診機関所在地・金額を記入してください。金額は、健診機関に確認の上、検査項目ごとに単価がある場合はそれぞれの単価を記入してください。人間ドック等、費用がセット料金になっている場合は、「セット金額の場合」に記入してください。

(2) 領収書

健診機関発行の領収書または、銀行振込済証明書を添付してください。(コピー可)

(3) 健診結果報告書・健康質問票(本年度40歳以上の方)

健診機関の発行する健診結果全ページ・健康質問票(本年度40歳以上の方)を提出してください。(コピー可) 同じ健診機関で婦人科検査を実施した際、結果報告書が別通知の場合がありますので、申請される際にはご注意ください。

健診結果用紙が発行されない健診機関の場合は、「家族健診結果報告書」に記入してもらってください。なお、記入にかかる費用については補助金対象外となりますので、ご了承ください。

補助金は、貴事業所指定の保険給付金振込口座にお振込いたします。

(特例退職・任意継続被保険者の方は、届出いただいている保険給付金振込口座にお振込いたします)

※提出期限は、健診受診後6か月以内です。申請書類が揃いましたらお早目にご提出をお願いします。

※2次検査は補助金交付対象外となります。2次検査が必要となった方は、保険診療(一部負担金あり)でご受診ください。

〒101-8304 東京都千代田区神田駿河台1-7
出版健康保険組合 健康管理課
電話 03(3292)5091

〒540-0012 大阪市中央区谷町1-7-4
MF天満橋ビル9階
出版健康保険組合 大阪支部
電話 06(6944)4300

家族健診・婦人科検査補助金交付申請書

下記、実施明細・報告のとおり健診を実施しましたので補助金交付申請をします。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	保険証記号・番号	—	被保険者名	
	受診者名		続柄	
	事業所名(※2)			
	健診実施年月日	令和 年 月 日	費用	円

委 任 状 (※ 2)	私は、下記受領代理人を代理人と定め上記のとおり実施した家族健診補助金の受領を委任します。
	記入年月日 令和 年 月 日
	被保険者名 _____
	受領代理人名(※1) _____

- ※1. 受領代理人とは当組合に届けられている貴事業所の保険給付金受領代理人のことで
※2. 特例退職被保険者及び任意継続被保険者の方は事業所名欄及び委任状欄の記入は必要ありません。

出版健康保険組合 殿

実施明細・報告

健診機関名・健診機関所在地・金額を記入してください。
金額は健診機関に確認の上、検査項目ごとに単価がある場合はそれぞれの単価を記入してください。人間ドック等、費用がセット料金になっている場合は、「セット金額の場合」に記入してください。

健診機関名	検査項目	健診機関所在地		金額(円)
		補助金対象項目		
		35～39歳	40歳以上	
	問診・身長・体重・腹囲・視力・血圧	○	○	
	尿 検 査	○	○	
	胸 部 X 線	○	○	
	貧 血 検 査	○	○	
	血 液 生 化 学 検 査	○	○	
	心 電 図 検 査	—	○	
	胃部 X 線または胃内視鏡	—	○	
	大 腸 検 査 (便 潜 血)	—	○	
	子宮がん検査(頸部細胞診)	全年齢対象		
乳がん検査 (いずれか1つ)	視触診のみ	全年齢対象		
	マンモグラフィのみまたは視触診併用	—	○	
	超音波のみまたは視触診併用	○	○	
	セット金額の場合			
		小 計		
		消 費 税		
		補助金対象外費用(上記検査項目以外)税込		
		合 計		

健診受診後、6か月以内にご提出をお願いします。

健康質問票

※本年度40歳以上の方は、健診補助金申請時に必ず添付してください。(コピー可)

保険証記号・番号	氏名	フリガナ	続柄	生 年 月 日
—				昭和 年 月 日 (歳)

下記の質問について回答欄に○をつけてください。なお、1~3及び8の項目は必ず○をつけてください。

	質 問 項 目	回 答 欄
1	血圧を下げる薬を使用していますか？	1. はい 2. いいえ
2	血糖を下げる薬又はインスリン注射を使用していますか？	1. はい 2. いいえ
3	コレステロールや中性脂肪を下げる薬を使用していますか？	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、「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以上増加していますか？	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ですか？	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. 何でもかんで食べれる 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ですか？	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回以上ありますか？	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ますか？	1. はい 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回以上ありますか？	1. はい 2. いいえ
18	お酒（清酒、焼酎、ビール、洋酒など）を飲む頻度はどのくらいですか？	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日当たりの飲酒量はどのくらいですか？ 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ますか？	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

女性の方で、腹囲計測・尿検査をされなかった方のみ下記質問について回答欄に○をつけてください。

腹囲計測をされなかった方 ⇒ 妊娠中であった。	1. はい 2. いいえ
尿検査をされなかった方 ⇒ 生理中であった。	1. はい 2. いいえ

注意：医療機関で健診結果用紙が発行されない場合は、この報告書に記載してもらってください。

家族健康診断結果報告書

健診日 年 月 日

保険証記号 _____ 保険証番号 _____ (フリガナ) 氏名 _____ 様 生年月日 昭和 年 月 日 (才)

身長 _____ cm 体重 _____ kg BMI _____ 腹 囲 _____ cm 視 力 右 () 左 ()

(呼吸器)	判定	<input type="checkbox"/>	所見 _____ _____ _____	(貧血など)	判定	<input type="checkbox"/>	RBC(赤血球数) _____ WBC(白血球数) _____ Hb(血色素量) _____ Ht(ヘマトクリット値) _____	(総合診断)	判定	<input type="checkbox"/>																																				
(血圧)	判定	<input type="checkbox"/>	血圧 _____ / _____	[生化学]	判定	<input type="checkbox"/>	TP(総蛋白) _____ AST(GOT) _____ ALT(GPT) _____ ALP _____ γ -GT _____																																							
(心電図)	判定	<input type="checkbox"/>	所見 _____ _____ _____	(血清脂質)	判定	<input type="checkbox"/>	T-Cho(総コレステロール) _____ 中性脂肪(トリグリセリド) _____ HDL-C _____ LDL-C _____	指 導 事 項																																						
(尿)	判定	<input type="checkbox"/>	<table border="1" style="font-size: small; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>蛋白</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td> </tr> <tr> <td></td> <td>-</td><td>±</td><td>+</td><td>2+</td><td>3+</td> </tr> <tr> <td>糖</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td> </tr> <tr> <td></td> <td>-</td><td>±</td><td>+</td><td>2+</td><td>3+</td> </tr> <tr> <td>潜血</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td> </tr> <tr> <td></td> <td>-</td><td>±</td><td>+</td><td>2+</td><td>3+</td> </tr> </table>	蛋白	1	2	3	4	5		-	±	+	2+	3+	糖	1	2	3	4	5		-	±	+	2+	3+	潜血	1	2	3	4	5		-	±	+	2+	3+	(糖尿病)	判定	<input type="checkbox"/>	空腹時血糖 _____ HbA1c _____			
蛋白	1	2	3	4	5																																									
	-	±	+	2+	3+																																									
糖	1	2	3	4	5																																									
	-	±	+	2+	3+																																									
潜血	1	2	3	4	5																																									
	-	±	+	2+	3+																																									
(上部消化管 胃など)	判定	<input type="checkbox"/>	所見 _____ _____ _____	(乳房検査)	判定	<input type="checkbox"/>	所見 _____ _____ _____																																							
				※実施検査項目に○印をつけてください																																										
(便潜血 大腸など)	判定	<input type="checkbox"/>	所見 _____ _____ _____				1. 視診・触診 2. マンモグラフィ併用・視診・触診 3. 超音波検査併用・視診・触診																																							
				(子宮がん 検査)	判定	<input type="checkbox"/>	所見 _____ _____ _____	医療機関名																																						
								担当医師																																						

判定 A:異常なし B:ほぼ正常 C:要観察
 D:要医療 E:要精検 F:継続治療