

伺年月日	年	月	日
決裁年月日	年	月	日
支給額	円		

支給決定決議書		

受付日付印

特定健康診査・特定保健指導 補助金支給申請書

* 請求される項目のいずれかを○で囲んでください。

被保険者証の記号・番号	.		被保険者氏名				
受診対象者氏名	氏名	生年月日	年	月	日	続柄	
特定健康診査・特定保健指導を受けた医療機関の名称・所在地	名称	所在地	〒				
	電話						
特定健康診査・特定保健指導を受けた日	年	月	日	特定健康診査・特定保健指導に要し	金	円也	
振込希望の銀行又は郵便局名	金融機関名	銀行	本店	支店	出張所	種別	1. 普通
		郵便局					
*被保険者名義の口座	口座番号	フリガナ		-----			
		口座名義					

【補助上限額】 実費相当額を補助。

【添付書類】

- ①領収証のコピー（明細が分かるもの）
 - ②通帳のコピー（口座番号・名義が確認できるページ）
 - ③健診結果（写）
 - ④質問票 ※ ※ ④は特定健康診査の補助金申請の場合のみ
- * 上記書類を添付のうえ、健康保険組合宛てご郵送ください。

上記のとおり申請します。

年 月 日

被保険者住所 〒

被保険者氏名

印

雪の聖母会健康保険組合理事長 殿

集合契約を締結していない医療機関で、「受診券」「利用券」を使用せず実施された方専用

質問票

雪の聖母会健康保険組合

保険証 記号番号	(記号)	(番号)	被保険者事業所名	
被保険者名			被保険者所属部署	
フリガナ			受診者生年月日	昭和 年 月 日生
受診者名			性 別	男 ・ 女

* 回答欄の該当する数字を○で囲んでください。(質問の1,2,3,8,24,25,26は必ず記入して下さい。)

質問事項		回 答	
	現在、aからcの薬の使用の有無	1. はい	2. いいえ
1-3	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)を受けたことがありますか。	1. はい	2. いいえ
7	医師から貧血と言われたことがある。	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	この1年間で体重の増減が±3kg以上あった。	1. はい	2. いいえ
14	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	
15	人と比較して食べる速度が速い。	1. 速い	2. ふつう 3. 遅い
16	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
17	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. はい	2. いいえ
18	朝食を抜くことが週に3回以上ある。	1. はい	2. いいえ
19	お酒(清酒、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)
20	飲酒日の1日当たりの飲酒量 清酒1合(180ml)の目安:ビール中瓶1本(約500ml)、焼酎35度(80ml)、ウイスキーダブルー一杯(60ml)、ワイン2杯(240ml)	1. 一合未満 3. 二～三合未満	2. 一～二合未満 4. 三合以上
21	睡眠で休養が十分とれている。	1. はい	2. いいえ
22	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か月以内)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)	
23	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
24	既往歴について	1. ある	2. 特になし
25	自覚症状について	1. ある	2. 特になし
26	他覚症状について	1. ある	2. 特になし

* パート先や人間ドックなどで、受診券を使用せずに健康診査を受診した場合には、この「質問票」と一緒に「受診券」(未使用のもの)、「健診結果」(特定健診データ数値がわかるもの)のコピーを健康保険組合までお送りください。

受付日付印