

同年月日	令和 年 月 日	支給決定決議書				受付日付印
決裁年月日	令和 年 月 日	理事長	常務理事	事務長	担当者	
支給額	円					

受診券を使用しなかった場合や窓口で実費(保険外)をお支払いされた方はこの申請書でお手続きください。

- 特定健康診査
 乳がん検診
 インフルエンザ予防接種
 日帰り人間ドック
 子宮頸がん検診
 肺炎球菌予防接種

補助金支給申請書

*請求される項目に☑をしてください。

被保険者証の記号・番号	記号 1	番号 ****	被保険者氏名	○○ ○○		
受診(接種)対象者氏名	氏名	○○ △△	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	****年**月**日	続柄 妻
受診(接種)された医療機関の名称・所在地	名称	○○クリニック		所在地	〒123-4567	
	電話	012-345-6789			○○県△△市□□町1-2-3	
受診(接種)年月日	令和4年6月7日		受診(接種)に要した費用	金 12,345 円也		
※特定健診又は日帰り人間ドック受診年月日	令和 年 月 日		←※任意継続被保険者・被扶養者でインフルエンザ予防接種・肺炎球菌予防接種の助成を受ける場合は、特定健診又は日帰り人間ドックを受診された方が対象です。			
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 2. 当座
	郵便局					
*被保険者名義の口座	口座番号	1234567		フリガナ	○○ ○○	
			口座名義	○○ ○○		

【補助金上限額】 実費相当額(税込)

【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)・・・特定健康診査、日帰り人間ドックの場合
- ④質問票・・・特定健康診査、日帰り人間ドックの場合

*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。

令和**年**月**日

被保険者住所

被保険者氏名

雪の聖母会健康保険組合理事長 殿

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	聖マリア病院
被保険者 名	健保 太郎	被保険者所属部署	○○科
フリガナ	ケンボ イチロウ	受診者生年月日	昭和 59 年 12 月 1 日生
受診者名	健保 一郎	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1,2,3,8,23,24,25は必ず記入して下さい。)

質問事項		回 答	
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)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カ月間は吸っていない(条件2のみ) 3. いいえ (上記1, 2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. はい	2. いいえ
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(清酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度はどれくらいですか。 (*「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 4. 週1~2日 7. やめた	2. 週5~6日 5. 月に1~3日 8. 飲まない(飲めない) 3. 週3~4日 6. 月に1日未満
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量 清酒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・約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)	1. 1合未満 3. 2~3合未満 5. 5合以上	2. 1~2合未満 4. 3~5合未満
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)	
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
23	既往歴について	1. ある	2. 特になし
24	自覚症状について	1. ある	2. 特になし
25	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