

同年月日	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	健保 太郎			
受診対象者氏名	氏名	健保 一郎		生年月日	昭和20年12月1日	続柄	父
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	○○病院		所在地	〒830-00**		
	電話	(0942) ○○-○○○			久留米市○○町 ○○-○○		
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	種別	1. 普通
			郵便局		支店出張所		2. 当座
*被保険者名義の口座	口座番号	○○○○○○○		フリガナ	ケンボ タロウ		
				口座名義	健保 太郎		

【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 〒830-00\*\*  
久留米市○○町○○-○○○

被保険者氏名 健保 太郎

備

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	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 20 年 12 月 1 日生
受診者名	健保 一郎	性別	男 <input checked="" type="radio"/> ・ 女 <input type="radio"/>

\* 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	
1-3	現在、aからcの薬の使用の有無	<input checked="" type="radio"/> 1. はい	<input type="radio"/> 2. いいえ
	1 a.血圧を下げる薬	<input checked="" type="radio"/> 1. はい	<input type="radio"/> 2. いいえ
	2 b.血糖を下げる薬又はインスリン注射	<input type="radio"/> 1. はい	<input checked="" type="radio"/> 2. いいえ
	3 c.コレステロールや中性脂肪を下げる薬	<input type="radio"/> 1. はい	<input checked="" type="radio"/> 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。	<input type="radio"/> 1. はい	<input checked="" type="radio"/> 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。	<input type="radio"/> 1. はい	<input checked="" type="radio"/> 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。	<input type="radio"/> 1. はい	<input checked="" type="radio"/> 2. いいえ
7	医師から貧血と言われたことがある。	<input checked="" type="radio"/> 1. はい	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1. はい	<input checked="" type="radio"/> 2. いいえ
9	20歳の時の体重から10kg以上増加している。	<input checked="" type="radio"/> 1. はい	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 1. はい	<input checked="" type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 1. はい	<input checked="" type="radio"/> 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。	<input type="radio"/> 1. はい	<input checked="" type="radio"/> 2. いいえ
13	この1年間で体重の増減が±3kg以上あった。	<input checked="" type="radio"/> 1. はい	<input type="radio"/> 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。	<input type="radio"/> 1. 速い	<input checked="" type="radio"/> 2. ふつう <input type="radio"/> 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。	<input checked="" type="radio"/> 1. はい	<input type="radio"/> 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。	<input type="radio"/> 1. はい	<input checked="" type="radio"/> 2. いいえ
18	朝食を抜くことが週に3回以上ある。	<input checked="" type="radio"/> 1. はい	<input type="radio"/> 2. いいえ
19	お酒(清酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度	<input type="radio"/> 1. 毎日 <input checked="" type="radio"/> 2. 時々 <input type="radio"/> 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)、ウイスキーダブル一杯(60ml)、ワイン2杯(240ml)	<input type="radio"/> 1. 一合未満 <input checked="" type="radio"/> 2. 一～二合未満 <input type="radio"/> 3. 二～三合未満 <input type="radio"/> 4. 三合以上	
21	睡眠で休養が十分とれている。	<input type="radio"/> 1. はい	<input checked="" type="radio"/> 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えますか。	<input checked="" type="radio"/> 1. 改善するつもりはない <input checked="" type="radio"/> 2. 改善するつもりである(概ね6ヶ月以内) <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 4. 既に改善に取り組んでいる(6ヶ月未満) <input type="radio"/> 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。	<input checked="" type="radio"/> 1. はい	<input type="radio"/> 2. いいえ
24	既往歴について	<input type="radio"/> 1. ある	<input checked="" type="radio"/> 2. 特になし
25	自覚症状について	<input type="radio"/> 1. ある	<input checked="" type="radio"/> 2. 特になし
26	他覚症状について	<input type="radio"/> 1. ある	<input checked="" type="radio"/> 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