

伺年月日	令和 年 月 日
決裁年月日	令和 年 月 日
支給額	円

支給決定決議書			
理事長	常務理事	事務長	担当者

受付日付印

記載例

各種検診で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
- 禁煙外来費用

補助金支給申請書

*請求される項目に☑をしてください。(各項目ごとに一枚の申請用紙が必要です)

被保険者等 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	自令和 至令和	年 月 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 郵便局	△△	本店 支店 出張所	種別 ① 普通 2. 当座
	*被保険者 名義の口座	口座 番号	1234567		フリガナ	○○ ○○
<p>【補助金上限額】 実費相当額(税込)</p> <p>【添付書類】</p> <p>①領収証のコピー(明細が分かるもの)</p> <p>②通帳のコピー(口座番号・名義が確認できるページ)</p> <p>③健診結果(写)・・・特定健康診査、日帰り人間ドックの場合</p> <p>④質問票・・・特定健康診査、日帰り人間ドックの場合</p> <p>*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。</p>						
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>令和 ○年 ○○月 ○○日</p> <p>被保険者住所 〒 ○○○-○○○ ○○市○○区○-○</p> <p>被保険者氏名 ○○ ○○</p> <p>雪の聖母会健康保険組合理事長 殿</p>						

質問票

雪の聖母会健康保険組合

被保険者 記号番号	(記号) 1 (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	ケンポ ハナ	受診者生年月日	昭和 55 年 5月 5日生
受診者名	健保 花	性別	男 ・ <input checked="" type="radio"/> 女

* 回答欄の該当する数字を○で囲んでください。(質問1-3・8は必ず記入してください)

質問事項		回答	
1-3	現在、aからcの薬の使用の有無	1. はい	<input checked="" type="radio"/> 2. いいえ
	1 a.血圧を下げる薬	1. はい	<input checked="" type="radio"/> 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	<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	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。	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。	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。	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。	1. はい	<input checked="" type="radio"/> 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か月間吸っている 条件2:生涯で6か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か月間は吸っていない(条件2のみ満たす) <input checked="" type="radio"/> 3. いいえ(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	<input checked="" 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 checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 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。	<input checked="" type="radio"/> 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。	<input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 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。	<input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 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)	<input checked="" type="radio"/> 1. 毎日 <input checked="" type="radio"/> 4. 週1~2日 7. やめた 2. 週5~6日 5. 月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 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・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)	1. 1合未満 <input checked="" type="radio"/> 2. 1~2合未満 3. 2~3合未満 4. 3~5合未満 4. 5合以上	
20	睡眠で休養が十分とれている。	<input checked="" type="radio"/> 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か月以内) <input checked="" 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 4. 既に改善に取り組んでいる(6か月未満) 5. 既に改善に取り組んでいる(6か月以上)	
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	<input checked="" type="radio"/> 2. いいえ

* 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