

健診費用助成金申請書

<領収書1枚に対し、申請書1件として提出してください>

事業所記号				
事業所名称		支店・ 営業所名	支店 営業所	
支店・営業所 住所	〒		担当者名	
	TEL			
助成金 申請金額	円	健診 年月	年 月～	年 月
医療機関名	※特定健診医療機関コード			

上記のとおり申請いたします。

年 月 日

事業所名

所在地

代表者名

事業主印

電話番号

本社担当者名

管工業健康保険組合様

◎ご提出の際、ご確認ください。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1) 健診費用助成金受診者名簿 | <input type="checkbox"/> 5) 標準的な質問票 (健診年齢40歳以上の方は必須) |
| <input type="checkbox"/> 2) 事業所宛名の領収証 (原本) | |
| <input type="checkbox"/> 3) 健康診断検査費用明細書 | ※4)・5)は電子結果データ及び結果用紙(コピー)の両方をご提出ください。 |
| <input type="checkbox"/> 4) 健康診断結果報告書 | ※3)・4)・5)は医療機関の書式でも構いません。 |

※特定健診医療機関コードは、医療機関に直接お尋ねいただくか、健診結果報告書に記載されていれば、その10桁の数字をご記入ください。

※健康保険証を使用して受診 (保険診療) した場合は助成金の対象外となります。
事業所の口座をご記入ください。

振込 受領 口座	金融機関名	銀行 信用金庫		支店
	金融機関 コード		支店コード	
	口座番号	普通 ・ 当座	No.	
	フリガナ			
	口座名義人			

健診費用助成金受診者名簿

事業所記号		事業所名称	
医療機関名			

※今回の申請に該当する方についてご記入ください。

保険証番号	受診者氏名	健診 年齢	※受診項目に○印															
			定健・特定	血液	心電図	大腸がん	骨密度	消化器	子宮頸がん	乳房	脳	P S A	腹部エコー	眼底	眼圧	歯科	再検査	
	誕生年月	新規資格取得者○印																
	年 月																	
	年 月																	
	年 月																	
	年 月																	
5	年 月																	
	年 月																	
	年 月																	
	年 月																	
	年 月																	
10	年 月																	

※保険証番号を必ず記入ください。
 ※健診年齢は、4月から翌年3月までに達する年齢です。
 ※年齢の下に今年度新規資格取得者の場合○の印をお願いいたします。

計 名

40歳以上必須

質 問 票

事業所記号	事業所名称	支店 営業所 工場	健診年月日	年 月 日
保険証番号			フリガナ	生年月日
	受診者氏名	男 女	年 月 日	歳 ○健診年齢は、4月～翌年3月までに達する年齢です

(標準的な質問票)

	質問項目	回答
1-3	現在、aからcの薬を使用していますか	
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、またはインシュリン注射	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ていますか	①毎日 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(日本酒、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)	①1合未満 ②1～2合未満 ③2～3合未満 ④3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

※ 標準的な質問票は、皆さんの日常を知るための大切なものです。

特に重要な質問は、薬についてです。健診を受診する前に、飲んでる薬について確認しましょう。

※医療機関の書式でも結構です。

※必ず記入してください

特定健診医療機関コード

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

年度

定期基本健診等結果報告書

事業所記号	事業所名称	支店 営業所 工場	健診年月日	年 月 日
保険証番号	フリガナ	生年月日	健診年齢	
	被保険者氏名	男 女	年 月 日	歳

○健診年齢は、4月から翌年3月までに達する年齢です。

※下の枠内は健康診断を実施した医療機関でご記入ください。

服薬歴	現在、飲んでいる薬はありますか？ a. 血圧を下げる薬 b. 血糖を下げる薬・インシュリン注射 c. コレステロール・中性脂肪を下げる薬	①はい ②いいえ ①はい ②いいえ ①はい ②いいえ	喫煙歴	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
既往歴					
自覚症状					
他覚症状					

健診対象	健診項目	◎基準値 (単位)	今回		前回		前々回		
			年	月 日	年	月 日	年	月 日	
全 員	身体計測	身長	cm		cm		cm		cm
		体重	kg		kg		kg		kg
		腹囲	cm		cm		cm		cm
		BMI							
	視力	右 (矯正)		()	()	()	()	()	
		左 (矯正)		()	()	()	()		
	聴力	右	1000Hz	1 所見あり 2 所見なし	1 所見あり 2 所見なし	1 所見あり 2 所見なし	1 所見あり 2 所見なし		
			4000Hz	1 所見あり 2 所見なし	1 所見あり 2 所見なし	1 所見あり 2 所見なし	1 所見あり 2 所見なし		
		左	1000Hz	1 所見あり 2 所見なし	1 所見あり 2 所見なし	1 所見あり 2 所見なし	1 所見あり 2 所見なし		
			4000Hz	1 所見あり 2 所見なし	1 所見あり 2 所見なし	1 所見あり 2 所見なし	1 所見あり 2 所見なし		
血圧	収縮期血圧	mmHg		mmHg		mmHg		mmHg	
	拡張期血圧	mmHg		mmHg		mmHg		mmHg	
尿	蛋白		- ± + +2 +3	- ± + +2 +3	- ± + +2 +3	- ± + +2 +3			
	糖		- ± + +2 +3	- ± + +2 +3	- ± + +2 +3	- ± + +2 +3			
胸部レントゲン	所見	No. 間接・直接・CR	No. 間接・直接・CR	No. 間接・直接・CR	No. 間接・直接・CR				
希望者	貧血	赤血球数	万/mm3		万/mm3		万/mm3		万/mm3
		血色素量	g/dl		g/dl		g/dl		g/dl
		ヘマトクリット	%		%		%		%
		白血球数	百/μl		百/μl		百/μl		百/μl
		血小板数	万/μl		万/μl		万/μl		万/μl
	肝機能	GOT	IU/l		IU/l		IU/l		IU/l
		GPT	IU/l		IU/l		IU/l		IU/l
		γ-GTP	IU/l		IU/l		IU/l		IU/l
	血中脂質	総コレステロール	mg/dl		mg/dl		mg/dl		mg/dl
		HDLコレステロール	mg/dl		mg/dl		mg/dl		mg/dl
		中性脂肪	mg/dl		mg/dl		mg/dl		mg/dl
		LDLコレステロール	mg/dl		mg/dl		mg/dl		mg/dl
	血糖	空腹時血糖	mg/dl		mg/dl		mg/dl		mg/dl
		随時血糖 (食後 h)	mg/dl		mg/dl		mg/dl		mg/dl
		HbA1c ※	JDS値	%		%		%	
NGSP値			%		%		%		%
腎機能	クレアチニン	mg/dl		mg/dl		mg/dl		mg/dl	
	尿酸	mg/dl		mg/dl		mg/dl		mg/dl	
男性の方	前立腺	PSA	ng/ml		ng/ml		ng/ml		ng/ml

◎基準値は、健診実施機関でご記入ください。

(続紙あり) ⇒⇒

希望者	心電図検査	所見																																																																																			
希望者	眼底検査	所見	右 左	右 左	右 左																																																																																
	眼圧検査	所見	右 左	右 左	右 左																																																																																
	上部消化管検査	所見	撮影 年 月 日 No. 間接・直接・DR・ 内視鏡	撮影 年 月 日 No. 間接・直接・DR・ 内視鏡	撮影 年 月 日 No. 間接・直接・DR・ 内視鏡																																																																																
	腹部エコー検査	所見																																																																																			
	大腸がん健診 (便潜血)	所見	1回目 2回目	1回目 2回目	1回目 2回目																																																																																
女性の方	子宮頸がん健診 (頸部細胞診)	所見																																																																																			
	骨密度検査	所見																																																																																			
	乳房健診	所見	マンモグラフィ・エコー(超音波)	マンモグラフィ・エコー(超音波)	マンモグラフィ・エコー(超音波)																																																																																
50歳以上	脳健診	所見	MRI・MRA	MRI・MRA	MRI・MRA																																																																																
メタボリックシンドローム判定			1. 基準該当 2. 予備群該当 3. 非該当	1. 基準該当 2. 予備群該当 3. 非該当	1. 基準該当 2. 予備群該当 3. 非該当																																																																																
被保険者	歯科健診 (口腔内検査・口腔衛生指導等)	所見	<table border="1"> <tr> <td>上</td> <td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> <td>上</td> <td>/ : 健全歯</td> <td>▽ : 欠損補綴歯</td> </tr> <tr> <td>右</td> <td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> <td>左</td> <td>C : むし歯</td> <td>C_o : 要注意歯</td> </tr> <tr> <td>下</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td>下</td> <td>○ : 処置歯</td> <td>C? : むし歯の疑い</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td> <td>△ : 喪失歯</td> <td></td> </tr> </table>			上	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	上	/ : 健全歯	▽ : 欠損補綴歯	右	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	左	C : むし歯	C _o : 要注意歯	下																	下	○ : 処置歯	C? : むし歯の疑い																			△ : 喪失歯	
上	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	上	/ : 健全歯	▽ : 欠損補綴歯																																																																		
右	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	左	C : むし歯	C _o : 要注意歯																																																																		
下																	下	○ : 処置歯	C? : むし歯の疑い																																																																		
																		△ : 喪失歯																																																																			
医師の判断				健康診断を実施した医療機関名・住所・電話番号 ・医師名																																																																																	
判定欄	身体計測	聴力(左)1000Hz	尿(糖)	腎機能	歯科																																																																																
	視力(右)	聴力(左)4000Hz	貧血	胸部X線	子宮頸がん																																																																																
	視力(左)	血圧(収縮)	肝機能	心電図	骨密度																																																																																
	聴力(右)1000Hz	血圧(拡張)	脂質	乳房																																																																																	
	聴力(右)4000Hz	尿(蛋白)	血糖	脳																																																																																	

A : 異常なし B : 軽度異常 C : 再検査 D : 精密検査 E : 経過観察 F : 医療機関受診

(備考) 1. 「性別」の欄は該当しない文字を抹消すること。

2. 「メタボリックシンドローム判定」の欄は、「基準該当/予備群該当/非該当」のいずれかに○をつけること。

3. 「医師の判断」の欄は、特定健康診査の結果をふまえた医師の所見を記入すること。

再検査結果報告

※今回(今年度)の定期基本健診の結果に基づき実施した再検査の結果を記入してください。

検査実施日 年 月 日

医療機関・医師名