

人間ドック利用補助金申請書(特定健診含む)

(40歳以上(当該年度内に40歳になる方含む)受診者 申請用)

* 特定健診とは、40歳以上74歳以下の加入者を対象にしたメタボリックに着目した健診です。

※太枠のみご記入ください

被保険者の所属		TEL()		
受診者氏名	該当にチェック <input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 (4月1日現在) 年 月 日 生 / 満 才	
保険証・記号番号	記号 番号(社員番号)	受診日		
医療機関	名称: 所在地:			
※必ず内訳をご記入ください				
健診費用(税込)	基本健診	円	PSA(45歳以上男性対象)	円
	胃カメラへの変更料金	円	骨密度検診(35,45,55歳対象)	円
	子宮癌	円	その他オプション検診(受診者負担)	円
	乳癌	円	合計	円
振込先銀行		口座 NO.	口座名義(カナ)	
銀行	支店	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座		
上記の通り人間ドックを受診しましたので、補助申請します。 被保険者氏名 _____				

- 注 ① 健診の種類は日帰りドックに限ります。基本健診(健康管理室の定めた項目)及び婦人科検診を受診出来ません(基本健診項目をご確認ください)。
- ② **上記以外の追加オプション検診は受診者負担です。**
- ③ 補助金申請の際には、下記のことを添付ください。添付いただけない場合お支払できないこともあります。
・医療機関の「領収書」原本(受診者名及び基本健診・オプション料金明細の記載されたもの)
・「特定健診結果報告書」または「人間ドック健診結果」(写)
・「特定健診質問票」 質問票は別シートに掲載
- ④ ③を添付のうえ伊藤忠健康保険組合へ直接ご申請ください。(毎月10日締、20日払)
送付先: 〒530-0001 大阪府大阪市北区梅田3-1-3 伊藤忠健康保険組合 (社内便:ITCKH)
- ⑤ 「人間ドック健診結果」(被保険者のみ)は、健康管理室へもご提出下さい。
- ⑥ 受診者負担金(年齢は4月1日現在)

対象者			受診者負担	
被保険者	31歳、33歳及び 満35歳以上	全 員	6万円を超える額	
被扶養者	配偶者	全 員		
その他	満35歳以上	奇数年齢		

健保組合が記入・処理	(総 額)	(受診者負担額)	(健保補助額)
	円 -	円 =	円

※ 本申請書にご記入いただいた情報は、健保組合における被保険者、被扶養者の健康管理と疾病予防、また補助金の精算にのみ利用いたします。

(質問票 ・ 結果)

人間ドック利用補助金申請書(特定健診含む)

(40歳以上(当該年度内に40歳になる方含む)受診者 申請用)

* 特定健診とは、40歳以上74歳以下の加入者を対象にしたメタボリックに着目した健診です。

※太枠のみご記入ください

被保険者の所属		〇〇部〇〇課		TEL(03-****-****)	
受診者氏名	伊藤 花子	該当にチェック <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 (4月1日現在)	50 年 12 月 1 日 生/満 45 才
保険証・記号番号	記号 ***	番号(社員番号) *****	受診日	** 年 ** 月 ** 日	今回の場合、オプションを除き、骨密度を含めた59,400円が支給金額となります。
医療機関	名称: 〇〇病院 所在地: △△市△△町*-*-*				
※必ず内訳をご記入ください					
健診費用(税込) ※1	基本健診	43,200 円	PSA(45歳以上男性対象)	円	
	胃カメラへの変更料金	3,240 円	骨密度検診(35,45,55歳対象)	3,240 円	
	子宮癌	4,320 円	その他オプション検診(受診者負担)	5,400 円	
	乳癌	5,400 円	合計	64,800 円	
振込先銀行		口座 NO.		口座名義(カナ)	
〇〇 銀行	△△ 支店	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	*****	イトウ ハナコ	
上記の通り人間ドックを受診しましたので、補助申請します。 被保険者氏名 伊藤 花子					

◆記入時の注意

※1<健診費用>欄

以下の補助対象項目を項目ごとにご記入ください。

- ・日帰り人間ドック(基本健診項目)
 - ・胃カメラへの変更料金(差額がある場合、鎮静剤の料金はオプションとなります)
 - ・PSA(4/1時点45歳以上男性のみ)
 - ・子宮がん検診(女性のみ:内診・子宮頸部細胞診、体部・エコーは対象外)
 - ・乳がん検診(女性のみ:エコーorマンモグラフィ及び触診 ※両方受けた場合料金の高い方+触診の料金をご記入ください)
 - ・骨密度検診(希望者:4/1時点35・45・55歳のみ、上限3,240円 ※60,000円を超えて支給可)
- 上記以外の項目は全て「その他オプション検診」欄に記載してください。受診者負担となります。

注意)①基本健診項目以外が多数含まれているコースの場合、受診医療機関の基本コースの料金を適用します。

②補助金の申請は年度内(4月~翌年3月)に1回のみ、請求期限は受診日より2年です。

※申請時の添付書類

- ・領収書原本(受診者宛て、上記項目の内訳が記載されたもの)
- ・特定健診質問票(別シートにあります)

者	その他	満35歳以上	奇数年齢	6万円を超える額
---	-----	--------	------	----------

健保組合が記入・処理	(総額)	(受診者負担額)	(健保補助額)
	円-	円 =	円

※ 本申請書にご記入いただいた情報は、健保組合における被保険者、被扶養者の健康管理と疾病予防、また補助金の精算にのみ利用いたします。

(質問票 ・ 結果)

特定健診質問票（標準的な質問票）		被保険者証 記号・番号	記号	番号	
		受診者氏名			
健診実施機関名			性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
健診実施日			生年月日		
質問項目			回答		
1	現在、血圧を下げる薬を使用していますか。		<input type="checkbox"/> ①はい	<input type="checkbox"/> ②いいえ	
2	現在、血糖を下げる薬又はインスリン注射を使用していますか。		<input type="checkbox"/> ①はい	<input type="checkbox"/> ②いいえ	
3	現在、コレステロールや中性脂肪を下げる薬を使用していますか。		<input type="checkbox"/> ①はい	<input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> ①はい	<input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> ①はい	<input type="checkbox"/> 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。		<input type="checkbox"/> ①はい	<input type="checkbox"/> ②いいえ	
7	医師から、貧血といわれたことがありますか。		<input type="checkbox"/> ①はい	<input type="checkbox"/> 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）		<input type="checkbox"/> ①はい（条件1と条件2を両方満たす）	<input type="checkbox"/> ②以前は吸っていたが、最近1ヶ月間は吸っていない（条件2のみ満たす）	
9	20歳の時の体重から10kg以上増加していますか。		<input type="checkbox"/> ①はい	<input type="checkbox"/> 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年以上実施している。		<input type="checkbox"/> ①はい	<input type="checkbox"/> 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る。		<input type="checkbox"/> ①はい	<input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> ①はい	<input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> ①何でもかんで食べることができる	<input type="checkbox"/> 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	
14	人と比較して食べる速度が速い。		<input type="checkbox"/> ①速い	<input type="checkbox"/> ②ふつう	<input type="checkbox"/> 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。		<input type="checkbox"/> ①はい	<input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> ①毎日	<input type="checkbox"/> ②時々	<input type="checkbox"/> ③ほとんど摂取しない
17	朝食を抜くことが週に3回以上ある。		<input type="checkbox"/> ①はい	<input type="checkbox"/> ②いいえ	
18	お酒（日本酒、焼酎、ビール500ml、洋酒など）を飲む頻度はどのくらいですか。 （※「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 type="checkbox"/> ①毎日	<input type="checkbox"/> ②週5～6日	<input type="checkbox"/> ③週3～4日
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・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）		<input type="checkbox"/> ①1合未満	<input type="checkbox"/> ②1～2合未満	<input type="checkbox"/> ③2～3合未満
20	睡眠で休養が十分とれている。		<input type="checkbox"/> ①はい	<input type="checkbox"/> 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。		<input type="checkbox"/> ①改善するつもりはない	<input type="checkbox"/> ②改善するつもりである（概ね6か月以内）	
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。		<input type="checkbox"/> ①はい	<input type="checkbox"/> ②いいえ	

※下記項目が健診結果に記載がない場合は、必ずこちらも記入して下さい。

23	既往歴（これまでにかったことのある病気や手術など）はありますか？	<input type="checkbox"/> ①はい	<input type="checkbox"/> ②いいえ
	詳しい既往歴をご記入下さい。		
24	体調について、何か自覚症状はありますか？	<input type="checkbox"/> ①はい	<input type="checkbox"/> ②いいえ
	詳しい自覚症状をご記入下さい。		