

40歳以上被保険者

生活習慣病予防健康診査 補助金申請書（個人）

生活習慣病予防健康診査の補助金を下記の通り申請いたします。

※被扶養者の方は、対象外です。

令和 年 月 日

記号 - 番号	被保険者名（受診者名）	生年月日
-	自署の場合は押印不要 印	昭和 平成 年 月 日 歳
ご住所 連絡先（日中につながる電話番号・メールアドレスをご記入ください）※記入必須です		
〒	☎	メールアドレス
住所		

コース(上部消化管X線)(該当に○)		婦人科検診			がん検診（どれか一つ）			
A2(しない)	B(する)	子宮頸がん	乳房（乳がん）			便潜血 (大腸がん)	上部消化管X線	PSA (50歳以上)
			超音波	マンモ	超音波 マンモ			
金額								

振 込 先	銀行	本店 支店	預金 種別	普通	口座番号														
	信用金庫			当座															
	信用組合	その他																	
	口座名義人（カナで記入）																		

※補助金に関する受領を代理人に委任する（被保険者名義以外の口座に振込を希望される）場合に記入ください。

受 取 代 理 人 の 欄	被 保 険 者	本請求に基づく補助金に関する受領を代理人に委任します。																
		令和 年 月 日																
	代 理 人	住所 〒																
		氏名 印																
		住所 〒																
		氏名 印																

ご提出いただくもの

- 健診結果のコピー
 領収書原本
 明細書のコピー

注意

がん検診について
A2(上部消化管 X線しない)は3つの中からどれか一つ
B(上部消化管X線する)は便潜血かPSAのどちらか一つの補助になります。

受付印

受診者情報	記号	番号	氏名		腹囲 健診結果に腹囲がない場合は こちらに必ず記入ください cm
			フリガナ		
			漢字		

自覚症状	
既往歴	

質問項目		
番号	質問項目	回答値 プルダウンより選択
(1)	血圧を下げる薬を使用している	
(2)	血糖を下げる薬又はインスリン注射を使用している	
(3)	コレステロールや中性脂肪を下げる薬を使用している	
(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る	
(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る	
(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）を受けているか	
(7)	医師から、貧血といわれたことがある	
(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）	
(9)	20歳の時の体重から10kg以上増加している	
(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	
(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	
(12)	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い	
(13)	食事をかんで食べる時の状態	
(14)	人と比較して食べる速度が速い	
(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	

質問項目		
(16)	朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取する頻度	
(17)	朝食を抜くことが週に3回以上ある	
(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。 （※「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）	
(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）	
(20)	睡眠で休養が十分とれている	
(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	
(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。	