

記入例

処 理 伺	処理年月日			下記の通り補助してよろ しいか伺います
	令和	年	月 日	
	常務理事	事務長	担当者	補助額

人間ドック補助金申請書（健保契約外健診機関 人間ドック）

*太枠内記入してください

健保記号	560	健保番号	0000	被保険者所属	●●課
受診者氏名	健保 花子			受診者生年月日	昭和 年 月 日生
(受診者が被扶養者の場合) 被保険者氏名			健保 太郎		
受診者住所	東京都〇〇区●●△△-△			電話番号	090-0000-0000
受診健診機関	●●病院●●健診センター				
受診日	令和 6 年 7 月 10 日				
健診料金（領収書金額）	45,000 円				
補助金申請額	22,000 円				

<補助金申請額算出方法>

- (1) 健診料金（領収書金額）が 42,000 円以上の場合・・・申請金額は 22,000 円
 (2) 健診料金（領収書金額）が 42,000 円未満の場合・・・申請金額＝健診料金－20,000 円

※以下太枠内を必ず記入してください。（任意継続被保険者は記入不要です。）

受 取 代 理 委 任 欄	本請求に基づく補助金の受領を代理人に委任します。	代理人の事業所（工場）又は住所
	令和 6 年 8 月 22 日	
	被保険者住所 〒000-0000 東京都〇〇区●●△△-△	代理人の氏名
	被保険者氏名 健保 太郎	

(受付印)

※添付書類：①領収書の原本（健診名の記載が必須）

②健診結果の写し

③特定健診問診事項（②に同様の内容がすべて含まれている場合は省略可）

※申請書提出期限：3月10日健保必着（休日の場合は翌営業日）

添付書類②の健診結果の提出が間に合わない方は提出期限日より前に健保へご連絡ください。

特定健診 問診事項 (1/2)

記号			—	番号					受診者名	受診日
5	6	0	—		0	0	0	0	健保 花子	令和6年7月10日

記入目 年 月 日

《以下の質問に必ずお答えください》

1. 現在治療中の病気、今までにかかった病気がありましたら、あてはまるものに✓をつけてください。

病名	治療中	完治	病名	治療中	完治	病名	治療中	完治	病名	治療中	完治
脳梗塞	☐	☐	がん	☐	☐	膵炎	☐	☐	その他	☐	☐
脳出血	☐	☐	胃潰瘍	☐	☐	尿管結石	☐	☐	【 】	☐	☐
心筋梗塞	☐	☐	十二指腸潰瘍	☐	☐	腎疾患	☐	☒	その他	☐	☐
糖尿病	☐	☐	肝炎(ABC 他)	☐	☐	前立腺肥大	☐	☐	【 】	☐	☐
高脂血症	☒	☐	肝機能障害	☐	☐	緑内障	☐	☐	その他	☐	☐
甲状腺疾患	☐	☐	胆石	☐	☐	喘息	☐	☐	【 】	☐	☐
痛風	☐	☐	肺結核	☐	☐	子宮筋腫	☐	☐	その他	☐	☐
貧血	☒	☐	肺炎	☐	☐	卵巣嚢腫	☐	☐	【 】	☐	☐

2. 自覚症状についてあてはまるものに✓をつけてください。

特になし	☐	胸痛	☐	顔や手足がむくむ	☐	耳鳴り	☐
動悸・息苦しい	☐	胃もたれ・痛み	☐	喉がよくかわく	☐	頭痛	☒
咳がでる	☐	腰痛	☒	だるく疲れやすい	☐		
たんが多い	☐	急にやせた	☐	めまい・立ちくらみ	☒		

その他気になることがありましたら具体的にご記入ください。

常にイライラする、残尿感がある

3. 他覚症状はありますか。 ☐あり ☒なし

ありの場合は具体的にご記入ください。

4. 健診結果に対して、医師から指導等がありましたか。…………… ☒あり ☐なし

ありの場合は具体的にご記入ください。

食事改善をし、適度な運動をすること。 休肝日をつくること。

※次ページの質問事項に続きます。

特定健診 問診事項 (2/2)

受診者名 **健保 花子**

質問項目	回答
1～3	現在、a から c の薬の使用の有無(※医師の診断・治療のもとで服薬中のもの)
1	a. 血圧を下げる薬 ☐ はい ☒ いいえ
2	b. 血糖を下げる薬又はインスリン注射 ☐ はい ☒ いいえ
3	c. コレステロールや中性脂肪を下げる薬 ☒ はい ☐ 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 ☐ はい ☒ 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 ☐ はい ☒ いいえ
6	医師から、慢性腎臓病や慢性の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 ☒ はい ☐ いいえ
7	医師から、貧血といわれたことがある ☒ はい ☐ 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、条件 1 と条件 2 を両方満たす者。 【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、または合計 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 ☒ はい ☐ いいえ
10	1 回 30 分以上の汗をかく運動を週 2 日以上、1 年以上実施 ☐ はい ☒ 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 ☒ はい ☐ 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 ☒ はい ☐ いいえ
13	食事をかんで食べるときの状態はどれにあてはまりますか ☒ 何でもかんで食べることができる ☐ 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 ☐ ほとんどかめない
14	人と比較して食べる速度が速い ☐ 速い ☒ ふつう ☐ 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 ☒ はい ☐ 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 ☐ 毎日 ☐ 時々 ☒ 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 ☐ はい ☒ いいえ
18	お酒(日本酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度 ※「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 ☐ はい ☒ 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 ☐ 改善するつもりはない ☐ 改善するつもりである(概ね 6 ヶ月以内) ☒ 近いうち(概ね 1 か月以内)に改善するつもりであり、少しずつ始めている ☐ すでに改善に取り組んでいる(6 ヶ月未満) ☐ すで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、これまでに特定保健指導を受けたことがありますか ☐ はい ☒ いいえ

人間ドック補助金申請（健保契約外健診機関）の概要について

○本事業の対象条件

- ①40才以上の被保険者・被扶養者で、当組合が契約する健診機関の無い都道府県（静岡・神奈川・栃木・茨城・広島・山梨・福岡 以外）にお住まいの方。
- ②4月から翌年2月の間に健保契約健診機関以外の健診機関で人間ドック（日帰り人間ドック）を受診した費用。（令和6年度であれば、令和6年4月から令和7年2月の間です。また、宿泊を伴う人間ドック・脳ドックおよび婦人科検診等のオプション検査は対象外です）

※受診予約は、ご自身で直接健診機関に行い、健診料金を全額お支払いください。

○補助金額

- ①健診料金が42,000円以上の場合…補助金22,000円、差額は個人負担
- ②健診料金が42,000円未満の場合…個人負担額20,000円、差額は健保負担

○申請書提出期限（健保必着）

3月10日（10日が休日の場合は翌営業日）

○申請方法

「人間ドック補助金申請書（健保契約外健診機関 人間ドック）」に必要事項をお書きの上、次の①～③の書類を添付し、以下に記載の申請窓口に提出してください。

- ① 領収書（原本）※必ず健診名の記載があること。
- ② 健診結果（写し）
- ③ 特定健診問診事項（②健診結果に同様の内容がすべて記載されている場合は省略可）

★申請窓口

新横浜地区：人事部労務企画G	その他：各工場管理課・総務課・人事総務課
富士地区：総務部富士管理G	任意継続被保険者：健康保険組合
相模地区：総務部相模管理G	

○補助金支払い方法

事業主を通してお支払いします。

そのため、1ページ目の申請書下部の太枠部分「受取代理委任欄」をご記入ください。

（任意継続被保険者の方は、登録口座へ振込みますので記入不要です。）

<個人情報としての健康診断結果の取り扱いについて>

人間ドック結果は健康保険組合内で厳重に保管し、健康問題の分析や対策立案および保健事業や保健指導のみに使用させていただきます。

また、人間ドック結果のうち、法定の定期健診項目に該当する項目は、定期健診にかわるものとして事業主に報告をさせていただきます

当健康保険組合では上記目的以外に皆様の個人情報である健康診断結果を使用いたしません。