

# 地方在住者半日人間ドック 補助金申請書 (被保険者用)

《対象年齢》 30歳以上(年度内に30歳になる方を含みます)。健診に対する補助は年度に1回限りです。

《対象施設》 東京都以外の健診施設。

《検査項目》 必須受診項目※1を参照ください。※1のうち1項目でも未検査の項目があると補助金は支給されません。

胃X線を内視鏡に変更した際の差額は補助の対象外です。また、血液検査(ABC検診)では胃の検査を実施したとはみなしません。

《対象コース》 各健診施設の標準コースが補助金の対象です。標準コースより高額なコースを受診した場合、差額は補助の対象から省きます。

《補助金額》 受診費用の5割(限度額2万4千円、自己最低負担額6千円)を補助します。オプション項目の追加費用は全額自己負担です。

《申請方法》 申請書の太枠内を記入し、健診施設の領収書、支払内訳のわかる請求明細書(または料金表)のコピー、健診結果のコピーを添付して提出してください。申請受付期間は受診日から3ヶ月以内です。

受診者が記入	記号一番号	—	<b>※1必須受診項目</b> 身長 / 体重 / 腹囲 / 血圧 / AST(GOT) / ALT(GPT) / $\gamma$ -GT( $\gamma$ -GTP) / 中性脂肪 / HDLコレステロール / LDLコレステロール / 空腹時血糖またはHbA1c / 尿糖 / 尿蛋白 / 赤血球数 / ヘモグロビン / ヘマトクリット / クレアチニン [ 心電図 ・ 胃X線 ・ 腹部超音波 ] のうち2項目
	受診者氏名		
	生年月日	昭・平 年 月 日( 歳)	
	受診日	令和 年 月 日	
	受診費用	円	

質問項目		回答(○をつけてお答えください)	
現在、1～3の薬を使用していますか(※医師の判断・治療のもとで服薬中のもの)			
1	血圧を下げる薬	1. はい	2. いいえ
2	血糖を下げる薬又はインスリン注射	1. はい	2. いいえ
3	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」とは「吸い始めてから現在までの合計が100本以上、又は6か月以上吸っている」状態にあり、最近1ヶ月も吸っている方を指します。	1. はい	2. いいえ
9	20歳の時の体重から10kg以上増加している	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に2日以上、1年以上実施	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	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	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	1. 速い	2. 普通 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	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回以上ある	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	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 日本酒1合(180ml)の目安/ビール中瓶1本(約500ml) 焼酎25度(110ml) ウイスキーダブル1杯(60ml) ワイン2杯(240ml)	1. 0～1合未満	2. 1～2合未満 3. 2～3合未満 4. 3合以上
20	睡眠で休養が十分とれている	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(概ね1ヶ月以内)に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

事業主が記入	事業所名	特定健診	対象 ・ 対象外	受付日付印  東京紙商健康保険組合 (2021.04)
	事業主名	補助金対象費用	円	
	電話番号	補助金額	円	
	担当者名			