地方在住者半日人間ドック 補助金申請書 （任意継続被保険者用）

《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。

記号－番号	7777 ―
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

※1必須受診項目

身長 / 体重 / 腹囲 / 血圧 /
AST（GOT） / ALT（GPT） / γ-GT（γ-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 / ﾍﾓｸﾞﾛﾋﾞﾝ / 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

	質問項目	回答（〇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）を受けたことがありますか	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、条件1と条件2を両方満たすものである。 条件1：最近1か月間吸っている 条件2：生涯で6か月以上吸っている、または合計が100本以上吸っている）	1. はい（条件1と条件2を両方満たす） 2. 以前は吸っていたが、最近1か月間は吸っていない（条件2のみ満たす） 3. いいえ（1,2以外）
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）	1. 毎日　2. 週5～6日　3. 週3～4日 4. 週1～2日　5. 月に1～3日　6. 月に1日未満 7. やめた　8. 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（アルコール度数15度・180ml）の目安： ビール（同5度・約500ml）、焼酎（同25度・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）	1. 1合未満　2. 1～2合未満　3. 2～3合未満 4. 3～5合未満　5. 5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すか	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、これまでに保健指導を受けたことがありますか	1. はい　2. いいえ

支払先金融機関		
	金融機関名	銀行 信用金　支店
	金融機関コード	支店コード
	種別/口座番号	普通・当座
	フリガナ	
	名義人	

特定健診	対象 ・ 対象外
補助金対象費用	円
補助金額	円

受付日付印

東京紙商健康保険組合
（2024.04）