

| | | |
|------------|-----|-----|
| 何 平成 年 月 日 | 受付印 | 支払印 |
| 確認印 | | |
| 健康保険組合記入欄 | | 記入例 |
| 支給金額 | 円 | |

上記枠内は記入しないでください。

短期人間ドック受診補助金請求書

下記のとおり短期人間ドックを受診したので、補助金 15,200 円を請求します。

兵庫県運輸業健康保険組合 様

平成 28 年 4 月 25 日

| | | | | | |
|----------------|--------------------------------|------------------------|-------------------------------------|-----------------|---|
| 被保険者証 の記号番号 | 1111 2222 | 被保険者の 氏名 | フリガナ ウニコ タロウ 運輸 太郎 | 生年月日 | 昭和 50 年 1 月 1 日 |
| 被保険者 の現住所 | 〒 - ×××× 神戸市中央区 町××× | TEL () - ×××× | | | 受診された項目に 印を付けてください。 (健診内容) 一泊ドック / 日帰りドック |
| 事業所名 | 株式会社 | | | | 基本検査項目以外で下記のオプション検査を受診された方は、 印を付けてください。 |
| 受診者 | 氏名 | 運輸 太郎 | | | (オプション) ・ 胃がん (胃透視) ・ 大腸がん (便潜血反応) ・ 肺がん (喀痰細胞診) ・ 前立腺がん (PSA) ・ 乳がん (視触診・エコー・マンモグラフィ) ・ 子宮がん (頸部) |
| | 生年月日 | 昭和 50 年 1 月 1 日 | 被保険者との続柄 | 本人 | |
| | 医療機関 | 名称 | 病院 | | |
| | 健診日 | 平成 28 年 4 月 1 日 | 補助金請求額 | 15,000 円 | |
| | 健診費用総額(消費税込み) | 30,000 円 | XMLデータ提供料 | 200 円 | |
| | | 請求金額 + | 15,200 円 | | |

銀行名、支店名、預金種別、口座番号、口座名義人、口座名義人フリガナは正確にご記入ください。

| | | |
|------------------------------|---|---------------------------------------|
| 振込希望銀行 | 預金種別 | 口座名義人 |
| 銀行 金庫 ××× 支店 農協 | 1.普通 2.当座 3.貯蓄 口座番号 1 1 1 1 1 1 1 | (フリガナ) ウニコ タロウ 運輸 太郎 |

| | |
|-----|---|
| 委任状 | この補助金の受領方を (住所) 氏名 に委任する。 平成 年 月 日 被保険者 |
|-----|---|

請求に関する注意事項

申請対象者 受診日が年度中(当年4月1日～翌年3月31日)に**40歳から74歳**となる被保険者及び被扶養者

補助金の種類 短期人間ドック基本検査費用(消費税込)の半額、ただし**1泊ドックは25,000円、日帰りドックは15,000円を限度**として年1回補助します。
XMLデータ提供料が発生する場合は、補助金請求額と合わせて請求してください。

添付書類 オプションでがん検診を受診された場合、**胃がん・乳がんは2,000円、子宮がんは1,500円、肺がん(喀痰細胞診)・前立腺がんは1,000円、大腸がん(便潜血反応検査)は500円を限度**として補助します。ただし、短期人間ドック基本項目にオプション検査項目が含まれている場合は除きます。
医療機関の**領収証(保険診療のものは対象外となります。)**の**コピー**及び**検査結果(コピー(標準的な質問票を添付)又はXMLデータ)**を必ず添付してください。(個人情報厳守します。)

補助金請求先 オプション検査(がん検診)と一緒に受診された場合、それぞれの検診代金が明確になっていることが必要で
〒650-0025 神戸市中央区相生町4丁目6番4号 兵庫県運輸業健康保険組合 宛
TEL(078)341-4801

事業所名 株式会社
 記号 1111 番号 2222
 受診機関 病院

受診者名 運輸 太郎
 受診日 平成28年 4月 1日

標準的な質問票

| 質問項目 | | | | | |
|------|---|--|------------------|----|-----|
| 1~3 | 現在、次のaからcの薬を服用していますか。 | 見本 | | | |
| 1 | a 血圧を下げる薬 | | | はい | いいえ |
| 2 | b インスリン注射又は血糖を下げる薬 | | | はい | いいえ |
| 3 | c コレステロールを下げる薬 | はい | いいえ | | |
| 4 | 医師から、脳卒中（脳出血・脳梗塞等）にかかっていると言われたり、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）にかかっていると言われたり、治療を受けたことがありますか。 | はい | いいえ | | |
| 6 | 医師から、慢性の腎不全にかかっていると言われたり、治療（人工透析）を受けたことがありますか。 | はい | いいえ | | |
| 7 | 医師から、貧血と言われたことがありますか。 | はい | いいえ | | |
| 8 | 上記以外にかかった病気がありますか。（既往歴）あれば病名を記入してください。 | 病名： | | | |
| 9 | 現在、たばこを習慣的に吸っていますか。（「習慣的に喫煙している者」とは、「合計100本以上、又は6か月以上吸っている者」であり、最近1か月間も吸っている者） | はい | いいえ | | |
| 10 | 20歳の時の体重から10kg以上増加していますか。 | はい | いいえ | | |
| 11 | 1回30分以上の軽く汗をかく運動を週日以上、1年以上実施していますか。 | はい | いいえ | | |
| 12 | 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ますか。 | はい | いいえ | | |
| 13 | ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速いですか。 | はい | いいえ | | |
| 14 | この1年間で体重の増減が±3kg以上ありましたが。 | はい | いいえ | | |
| 15 | 人と比較して食べる速度が速いですか。 | 速い | ふつう 遅い | | |
| 16 | 就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ありますか。 | はい | いいえ | | |
| 17 | 夕食後に間食（3食以外の夜食）をとることが週に3回以上ありますか。 | はい | いいえ | | |
| 18 | 朝食を抜くことが週に3回以上ありますか。 | はい | いいえ | | |
| 19 | お酒（清酒・焼酎・ビール・洋酒など）を飲む頻度は。 | 毎日 | 時々 殆んど飲まない(飲めない) | | |
| 20 | 飲酒日の1日当たりの飲酒量清酒1合（180ml）の目安、ビール中瓶1本（約500ml）、焼酎35度（30ml）、ウイスキーW一杯（60ml）、ワイン2杯（240ml） | 1合未満 2~3合未満 | 1~2合未満 3合以上 | | |
| 21 | 睡眠で休養が十分とれていますか。 | はい | いいえ | | |
| 22 | 自分の体調が最近不調だと感じたことがありますか。（自覚症状）あればその症状を記入してください。 | はい | いいえ | | |
| 23 | 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か月以内）。 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。 既に改善に取り組んでいる。（6か月未満） 既に改善に取り組んでいる。（6か月以上） | | | |
| 24 | 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されますか。 | はい | いいえ | | |

ありがとうございました。

兵庫県運輸業健康保険組合