

同 令和 年 月 日	受付印	支払印
確認印	記入欄	記入例
健康保険組合		
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 15,000 円を請求します。

兵庫県運輸業健康保険組合 様

令和 2 年 6 月 1 日

被保険者証 の記号番号	1111 2222	被保険者 氏 名	フリガナ <b>ウニコ タロウ</b> <b>運輸 太郎</b>	生 年 月 日	<b>昭和</b> 平成 令和 <b>50 年 1 月 1 日</b>
被 保 険 者 の 現 住 所	〒 000 - XXXX <b>神戸市中央区〇〇町××</b> TEL ( 〇〇〇 ) ΔΔΔ - XXXX			受診された項目に○印を付けてください。	
事 業 所 名	<b>株式会社 〇〇〇〇</b>			《健診内容》 一泊ドック / <b>日帰りドック</b>	
受 診 者	氏 名	<b>運輸 太郎</b>			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。↓ 《オプション》 ・ <b>胃がん</b> (胃カメラ・胃透視) ・ <b>大腸がん</b> (便潜血反応) ・ <b>肺がん</b> (喀痰細胞診) ・ <b>前立腺がん</b> (PSA) ・ <b>乳がん</b> (視触診・エコー・マンモグラフィ) ・ <b>子宮がん</b> (頸部) ・ <b>循環器(動脈硬化)検査</b> ・ 頸動脈エコー検査 ・ 心臓超音波検査 ・ 血圧脈波検査 ・ BNP検査 ・ ホルター心電図検査
	生年月日	<b>昭和</b> 平成 令和 <b>50 年 1 月 1 日</b>	被保険者 との続柄	<b>本人</b>	
	医療機関 名 称	<b>〇〇病院</b>			
	健 診 日	令和 <b>2 年 4 月 1 日</b>	補助金請求額①	<b>15,000 円</b>	
	健診費用総額 (消費税込み)	<b>38,600 円</b>	XMLデータ提供料②	<b>0 円</b>	
			請求金額①+②	<b>15,000 円</b>	

※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
<b>銀行</b> <b>〇〇〇 金庫</b> <b>×××</b> 支店 農協	<b>1.普通</b> 2.当座 3.貯蓄 口 座 番 号 <b>1 1 1 1 1 1 1 1</b>	(フリガナ) <b>ウニコ タロウ</b> <b>運輸 太郎</b>
委任状	この補助金の受領方を(住所) 氏名) に委任する。 令和 年 月 日 被保険者氏名	

### ★ 請求に関する注意事項 ★

- ① 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**35歳から74歳**となる被保険者及び被扶養者
- ② 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**一泊ドックは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。  
※オプションでがん検診を受診された場合、40歳以上(**子宮がん検診は35歳**)以上の方を対象に**検査費用(消費税込み)の半額を補助**(**子宮がんは上限1,500円、胃がん・乳がんは上限2,000円、肺がん(喀痰細胞診)・前立腺がんは上限1,000円、大腸がん(便潜血反応検査)は上限500円を限度**)、**循環器検査は62歳、63歳の方を対象に全額を補助**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。
- ③ 添付書類 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。)  
※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必要があります。
- ④ 補助金請求先 〒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 \_\_\_\_\_  
 記 号 \_\_\_\_\_ 番 号 \_\_\_\_\_  
 受診機関 \_\_\_\_\_

受診者名 \_\_\_\_\_  
 受診日 令和 年 月 日

●標準的な質問票

質問項目		回答
1~3	現在、次のaからcの薬を服用していますか。	
必須項目	1 a 血圧を下げる薬	① はい ② いいえ
	2 b 血糖を下げる薬又はインスリン注射	① はい ② いいえ
	3 c 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）にかかっているとされたり、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）にかかっているとされたり、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されたり、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、貧血と言われたことがありますか。	① はい ② いいえ
必須項目	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、「合計100本以上、又は6か月以上喫煙している者」を指し、最近1か月間吸っているものを指す。）	① はい ② いいえ
	9 20歳の時の体重へ1kg以上増加していますか。	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2日以上、1年以上実施していますか。	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時間以上実施していますか。	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ですか。	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最も当てはまりますか。 ① 何でもかんで食べることができる ② 歯が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	① はい ② いいえ
14	人と比較して食べる速度が速いですか。 ① 速い ② ふつう ③ 遅い	① はい ② いいえ
15	就寝前の時間以内に夕食をとることが週に3回以上ありますか。	① はい ② いいえ
16	朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲料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	朝食を早くすることが週に3回以上ありますか。	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 殆んど飲まない（飲めない）
19	飲酒日の1日当りの飲酒量 日本酒1合（180ml）の目安：ビール500ml、焼酎（25度）110ml、ウイスキーダブル1杯（60ml）、ワイン2杯（240ml）	① 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ますか。	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か月以内） ③ 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 ④ 既に改善に取り組んでいる（6か月未満） ⑤ 既に改善に取り組んでいる（6か月以上）
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、利用されますか。	① はい ② いいえ

こちらの様式のすべての質問項目に記入の上、検査結果コピーに添付してください。  
 ※ただし、検査結果をXMLデータ形式で提出いただく場合は、添付の必要はありません。

注) 網掛けの項目は必須事項になりますので、必ずご回答ください。1~3の服薬の使用の有無は、医師の診断、治療のもとでの服薬中を指します。薬の飲み忘れや、自己判断による中断は「②いいえ」になりませんので、ご注意ください。