

# 一般健診 補助金請求書 任意継続用

以下をご確認頂き、□に✓をご記入ください。

- 自費で受診した健診が補助対象です。健康保険証で受診した場合（保険診療）は、補助対象外です。
- 補助は年度内1回限り上限11,000円です。
- 補助対象者は、次の①②③全て該当する方です。
  - ①2027年3月31日時点で、35歳以上の被保険者（本人）または35歳以上の被扶養者（家族）
  - ②兼松連合健康保険組合の一般健診項目（図1）を全て受診している方
  - ③2026年4月1日から2027年3月31日の間で、組合の契約健診機関で健診（生活習慣病予防健診・一般健診）を受診していない方
- 生活習慣病予防健診補助金制度との併用はできません。

兼松連合健康保険組合 一般健診項目（図1）

| 検査項目 | 検査内容      |
|------|-----------|
| 医師診断 | 一般診察・問診   |
| 身体測定 | 身長・体重・腹囲  |
| 眼科   | 視力        |
| 聴力   | オージオメーター  |
| 血圧測定 | 最高血圧・最低血圧 |
| 尿検査  | 蛋白・糖      |

| 検査項目 | 検査内容                        |
|------|-----------------------------|
| 呼吸器  | 胸部レントゲン検査                   |
| 循環器  | 心電図（安静時）                    |
| 血液一般 | 赤血球・ヘモグロビン                  |
| 糖代謝  | 空腹時血糖                       |
| 肝機能  | AST (GOT) ・ALT (GPT) ・γ-GTP |
| 脂質   | 中性脂肪・HDLコレステロール・LDLコレステロール  |

|  |   |            |          |          |
|--|---|------------|----------|----------|
| 請求者  | 下記のとおり健診補助金を請求します。<br>2026年 6月 23日                    |            |          |          |
|  | 保険証記号番号（500-7788） 被保険者氏名（連合 太郎）                       |            |          |          |
|  | 住所（〒000-0000 大阪府00市0000 00-00）<br>電話番号（000-0000-0000） |            |          |          |
| 振込金融機関   | △△△△△△△△<br>銀行<br>信用金庫<br>信用組合                        | △△△△△△△△支店 | 普通<br>当座 | △△△△△△△△ |
| 名義（受診・請求者である被保険者となります）<br>（フリガナ） レンゴウ タロウ<br>連合 太郎 |   |            |          |          |

※ 2027年3月31日時点での年齢をご記入ください。

| 受診者                                 | 本人                                  | 受診者氏名 | 年齢※             | 健診受診日           | 受診医療機関名        | 要した金額<br>(円・税込) | 健保記入欄<br>決定額(円) |
|-------------------------------------|-------------------------------------|-------|-----------------|-----------------|----------------|-----------------|-----------------|
|                                     | <input checked="" type="checkbox"/> | 連合 太郎 | 37              | 2026年<br>5月 26日 | 0000<br>健診センター | 9,800           |                 |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 連合 花子                               | 36    | 2026年<br>5月 26日 | 0000<br>健診センター  | 12,000         |                 |                 |

|                                     |                                     |   |  |
|-------------------------------------|-------------------------------------|---|--|
| 提出書類                                | ご提出前に提出書類をご確認頂き、□に✓をご記入ください。        |   | 提出先<br>兼松連合健康保険組合<br><br>提出期限<br>2027年4月12日（月）<br>必着 |
|                                     | <input checked="" type="checkbox"/> | 生活習慣病予防健診 補助金請求書 任意継続用（本紙）                                      |  |
|                                     | <input checked="" type="checkbox"/> | 受診者*・受診日*・健診コース*・受診者各自の健診費用*が確認できる医療機関の領収書の原本（*健診機関以外による手書きは不可） |  |
|                                     | <input checked="" type="checkbox"/> | 健診結果の全てのページの写し  |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 質問票（本紙3・4ページ目）（健診結果に記載のある場合は省略可）    |   |  |

| 健保記入欄 | 年齢 | 健診 | 本人<br>家族 | 領収書<br>原本 | その他 |
|-------|----|----|----------|-----------|-----|
|-------|----|----|----------|-----------|-----|

領収書はこちらにのり付けしてください。

領収書原本

領収書原本

# 質問票

回答欄の該当する番号に○印をご記入下さい。

保険証の記号番号 ( 500 - 7788 ) 氏名 ( 連合 太郎 )

| 質問事項  | 回答  |
|---|---|
| 1-3 現在、a から c の薬の使用の有無 *  |   |
| 1 a. 血圧を下げる薬  | ①はい <input checked="" type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> ②いいえ   |
| 7 医師から、貧血といわれたことがある。  | ①はい <input checked="" type="radio"/> ②いいえ   |
| 8 現在、たばこを習慣的に吸っていますか。<br>（※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、条件1と条件2を両方満たす者である。<br>条件1：最近1か月間吸っている<br>条件2：生涯で6か月間以上吸っている、又は合計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）<br>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）<br><input checked="" type="radio"/> ③ いいえ（①②以外）              |
| 9 20歳の時の体重から10kg以上増加している。   | ①はい <input checked="" type="radio"/> 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。   | <input checked="" type="radio"/> 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。   | <input checked="" type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> 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。   | <input checked="" type="radio"/> ① 何でもかんで食べることができる<br>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<br>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 <input checked="" type="radio"/> ②ふつう 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 <input checked="" type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> 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<br>② 週5～6日<br>③ 週3～4日<br><input checked="" type="radio"/> ④ 週1～2日<br>⑤ 月に1～3日<br>⑥ 月に1日未満<br>⑦ やめた<br>⑧ 飲まない（飲めない） |
| 19 飲酒日の1日当たりの飲酒量<br>日本酒1合（アルコール度数15度・180ml）の目安：<br>ビール（同5度・500ml）、焼酎（同25度・約110ml）、<br>ワイン（同14度・約180ml）、ウイスキー（同43度・60ml）、<br>缶チューハイ（同5度・約500ml、同7度・約350ml） | ① 1合未満<br><input checked="" type="radio"/> ② 1～2合未満<br>③ 2～3合未満<br>④ 3～5合未満<br>⑤ 5合以上                                   |

次ページに続く

|    |                                      |   |
|----|--------------------------------------|---|
| 20 | 睡眠で休養が十分とれている。                       | ①はい<br>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<br>② 改善するつもりである（概ね6か月以内）<br>③ 近いうちに（概ね1か月以内）改善するつもりであり、少しずつ始めている<br>④ 既に改善に取り組んでいる（6か月未満）<br>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、これまでに特定保健指導を受けたことがありますか。 | ①はい<br>②いいえ   |

\* 医師の判断・治療のもとで服薬中のものを指す。

※健診結果に下記項目が記載ない場合は、必ずこちらもご記入ください。

|    |   |                          |
|----|---|--------------------------|
| 23 | 既往歴（ある方は病名を右欄にご記入ください）                  | ①ある（病名：<br>）<br>②特になし    |
| 24 | 自覚症状の有無                                 | ①ある（症状の内容：<br>）<br>②特になし |
| 25 | 他覚症状の有無（医師に確認しご記入ください）                  | ①ある（症状の内容：<br>）<br>②特になし |
| 26 | 医師の判断（「メタボ該当」、「メタボ非該当」等、医師に確認しご記入ください。） | メタボ非該当                   |