

生活習慣病予防健診 補助金申請書

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30,000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、40歳以上の被保険者（本人）または40歳以上の被扶養者（家族）
 - ②特定健康診査項目（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
- 一般健診補助金制度との併用はできません。

特定健康診査項目（図1）

| 検査項目 | 検査内容 |
|------|--------------------------------------------|
| 診察 | 既往歴・自覚症状・他覚症状 |
| 身体測定 | 身長・体重・腹囲・BMI |
| 眼底 | 眼底 |
| 血圧測定 | 最高血圧・最低血圧 |
| 尿検査 | 蛋白・糖 |
| 循環器 | 心電図（安静時） |
| 血液一般 | 赤血球・ヘモグロビン・ヘマトクリット |
| 糖代謝 | 空腹時血糖・HbA1c |
| 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（Non-HDLコレステロール） |
| 腎機能 | クレアチニン（eGFR） |

| | |
|-----|--------------------|
| 申請者 | 下記のとおり健診補助金を請求します。 |
| | 年 月 日 |
| | 事業所番号（ ） |
| | 事業所名称 |
| | 事業主氏名 |
| | 健康保険事務担当者 |

| 受診者 | 健康保険証の記号番号 | 氏名 | 被保険者（本人） ・ 扶養者（家族） | 年齢※ | 健保記入欄 決定額 |
|-----|------------|----|--------------------------|-----|-----------|
| | | — | | | 歳 |
| | 健診受診日 | | 受診医療機関名 | | 要した金額（税込） |
| | 年 月 日 | | | | 円 |

※ 2027年3月31日時点での年齢をご記入ください。補助対象は40歳以上ですので、ご注意ください。

| | |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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。 |
| | <input type="checkbox"/> 生活習慣病予防健診 補助金申請書（本紙） |
| | <input 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 （*事業所や受診者による手書きは不可） →被保険者（本人）受診分の領収書は、写し可。 →被扶養者（家族）受診分の領収書は、原本必須（領収書原本は返却できません） 但し、事業所が被扶養者（家族）受診分を支払った際は、領収書の写し可。 |
| | <input type="checkbox"/> 健診結果の全てのページの写し |
| | <input 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） |

提出先：被保険者が在籍する事業所

補助金のお支払いは、事業所経由となります。

| | | | | |
|-------|----|----|-------|-----|
| 健保記入欄 | 年齢 | 健診 | 本人・家族 | その他 |
|-------|----|----|-------|-----|

領収書添付欄

領収書はこちらにのり付けしてください。

質問票

回答欄の該当する番号に○印をご記入下さい。

事業所名 () 保険証の記号番号 (-) 氏名 ()

| 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 | 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る。 | 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者」とは、条件1と条件2を両方満たす者である。 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） 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（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 | 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。 | 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 | 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） | |

