

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。

記入例

- ☒ 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。

①2026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

③2025年4月1日から2026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。 2025年 7月 20日
	事業所番号 (234)
	事業所名称 〇〇〇〇〇〇〇〇株式会社
	事業主氏名 △△△△△
	健康保険事務担当者 〇〇〇〇〇

受診者	健康保険証の記号番号	氏名	被保険者 (本人)	年齢※	健保記入欄 決定額
	234 — 546	兼松 太郎	扶養者 (家族)	51 歳	
	健診受診日	受診医療機関名	要した金額（税込）		
	2025年 5月 10日	〇〇〇〇〇病院	32,000 円		

※ 2026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。
	☒ 生活習慣病予防健診 補助金申請書（本紙）
	☒ 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。
	☒ 健診結果の全てのページの写し
	☒ 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。

領収書

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（○○○○○○○○株式会社）保険証の記号番号（234-546）氏名（兼松 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	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）	

次ページに続く

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・500ml）、焼酎（同25度・約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か月以内） 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 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、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 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、必ずこちらにもご記入ください。

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：） ②特になし
24	自覚症状の有無	①ある（症状の内容：） 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：） 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