

生活習慣病予防健診 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30,000円です。
- ☒ 補助対象者は、次の①②③全て該当する方です。

記入例

- 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）

検査項目	検査内容
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）

請求者	下記のとおり健診補助金を請求します。 2025年 6月 23日						
	保険証記号番号（500ー 7777）被保険者氏名（ 兼松 太郎 兼松 ）						
	住所（〒 〇〇〇-〇〇〇〇 大阪府〇〇市〇〇〇〇 〇〇-〇〇）						
	電話番号（ 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 ）						
振込金融機関	銀行	信用金庫	信用組合	支店	普通当座	口座番号	△△△△△△△△
	名義（受診・請求者である被保険者となります） （フリガナ） カネマツ タロウ 兼松 太郎						

※ 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。

受診者	本人 家族	受診者氏名	年齢※	健診受診日	受診医療機関名	要した金額 （円・税込）	健保記入欄
							決定額（円）
	本人	兼松 太郎	60	2025年 5月 26日	〇〇〇〇 健診センター	29,000	
	本人 家族	兼松 花子	58	2025年 5月 26日	〇〇〇〇 健診センター	34,000	

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 兼松連合健康保険組合 提出期限 2026年4月10日（金）
	☒ 生活習慣病予防健診 補助金請求書 任意継続用（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の原本（*健診機関以外による手書きは不可）		
	☒ 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）	

健保記入欄	年齢	健診	本人 家族	領収書 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 - 7777 ）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）
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

次ページに続く

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