

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。
 - ①2025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
 - ③2024年4月1日から2025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	オーディオメーター
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。 2024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） 電話番号（000-0000-0000）			
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） レンゴウ タロウ 連合 太郎				

※ 2025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）
	<input checked="" type="checkbox"/>	本人	連合 太郎	37	2024年 5月 26日	0000 健診センター	9,800
<input checked="" type="checkbox"/>	本人	連合 花子	36	2024年 5月 26日	0000 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 兼松連合健康保険組合 提出期限 2025年4月10日（木）
	<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 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 - 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。 （※「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） <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 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 <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 ② 週5～6日 ③ 週3～4日 <input checked="" type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> 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