

人間ドック利用補助金申請書(特定健診含む)

(40歳以上(当該年度内に40歳になる方含む)受診者 申請用)

* 特定健診とは、40歳以上74歳以下の加入者を対象にしたメタボリックに着目した健診です。

※太枠のみご記入ください

被保険者の所属		TEL()		
受診者氏名	該当にチェック <input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 (4月1日現在) 年 月 日 生/満 才	
	記号 番号(社員番号)	受診日	平成 年 月 日	
保険証・記号番号	記号 番号(社員番号)	受診日	平成 年 月 日	
医療機関	名称: 所在地:			
健診費用 (税込)	基本健診	円	骨密度検診(35,45,55歳対象)	円
	子宮癌	円	その他オプション検診(受診者負担)	円
	乳癌	円	合計	円
振込先銀行		口座 NO.	口座名義(カナ)	
銀行	支店	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座		
上記の通り人間ドックを受診しましたので、補助申請します。 被保険者氏名 _____ 印 _____				

- 注 ① 健診の種類は日帰りドックに限ります。基本健診(健康管理室の定めた項目)及び婦人科検診(子宮癌、乳癌検診(エコーかマンモのどちらか一方))を受診できます。
- ② **上記以外の追加オプション検診は受診者負担です。**
- ③ 補助金申請の際には、下記のを添付ください。添付いただけない場合お支払できないこともあります。
・医療機関の「領収書」原本(受診者名 及び基本健診・オプション料金明細の記載されたもの)
・「特定健診結果報告書」または「人間ドック健診結果」(写)
・「特定健診質問票」 質問票は別シートに掲載
- ④ ③を添付のうえ伊藤忠健康保険組合へ直接ご申請ください。(毎月10日締、20日払)
送付先: 〒530-0001 大阪府大阪市北区梅田3-1-3 伊藤忠健康保険組合 (社内便:ITCKH)
- ⑤ 「人間ドック健診結果」(被保険者のみ)は、健康管理室へもご提出下さい。
- ⑥ 受診者負担金(年齢は4月1日現在)

対象者		受診者負担	
被保険者	満35歳以上	全 員	6万円を超える額
	満30歳～34歳	31歳,33歳	1万円及び6万円を超える額
被扶養者	配偶者	全 員	6万円を超える額
	その他	奇数年齢	1万円及び6万円を超える額

健保組合が記入・処理	(総 額)	(受診者負担額)	(健保補助額)
	円-	円 =	円

※ 本申請書にご記入いただいた情報は、健保組合における被保険者、被扶養者の健康管理と疾病予防、また補助金の精算にのみ利用いたします。

2018.4

(質問票 ・ 結果)

特定健診質問票(標準的な質問票)		被保険者証 記号・番号	記号	番号
		受診者氏名		
健診実施機関名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
健診実施日		生年月日		
質問項目		回答		
	現在、a から c の薬の使用の有無	<input type="checkbox"/> ①はい	<input type="checkbox"/> ②いいえ	
1-3	1 a. 血圧を下げる薬	<input type="checkbox"/> ①はい	<input type="checkbox"/> ②いいえ	
	2 b. 血糖を下げる薬又はインスリン注射	<input type="checkbox"/> ①はい	<input type="checkbox"/> ②いいえ	
	3 c. コレステロールや中性脂肪を下げる薬	<input type="checkbox"/> ①はい	<input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> ①はい	<input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> ①はい	<input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> ①はい	<input type="checkbox"/> ②いいえ	
7	医師から、貧血といわれたことがある。	<input type="checkbox"/> ①はい	<input type="checkbox"/> ②いいえ	
8	現在、たばこを習慣的に吸っている。(※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、「合計100本以上、又は6ヶ月以上吸っている者」であり、最近1ヶ月間も吸っている者)	<input type="checkbox"/> ①はい	<input type="checkbox"/> ②いいえ	
9	20歳の時の体重から10kg以上増加している。	<input type="checkbox"/> ①はい	<input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> ①はい	<input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> ①はい	<input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> ①はい	<input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> ①何でもかんで食べることができる <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> ③ほとんどかめない		
14	人と比較して食べる速度が速い。	<input type="checkbox"/> ①速い	<input type="checkbox"/> ②ふつう	<input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> ①はい	<input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> ①毎日	<input type="checkbox"/> ②時々	<input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> ①はい	<input type="checkbox"/> ②いいえ	
18	お酒(日本酒、焼酎、ビール500ml、洋酒など)を飲む頻度	<input type="checkbox"/> ①毎日	<input type="checkbox"/> ②時々	<input type="checkbox"/> ③ほとんど飲まない(飲めない)
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量 ※日本酒1合(180ml)の目安 : ビール 500ml、焼酎25度110ml、ウイスキーダブル1杯(60ml)、ワイン2杯(240ml)	<input type="checkbox"/> ①1合未満	<input type="checkbox"/> ②1~2合未満	
		<input type="checkbox"/> ②2合~3合未満	<input type="checkbox"/> ③3合以上	
20	睡眠で休養が十分とれている。	<input type="checkbox"/> ①はい	<input type="checkbox"/> 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せんか。	<input type="checkbox"/> ①改善するつもりはない <input type="checkbox"/> ②改善するつもりである(概ね6か月以内) <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> ④既に改善に取り組んでいる(6か月未満) <input type="checkbox"/> 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保健指導を受ける機会があれば、利用しますか。	<input type="checkbox"/> ①はい	<input type="checkbox"/> ②いいえ	

※下記項目が健診結果に記載がない場合は、必ずこちらにも記入して下さい。

23	既往歴(これまでにかかったことのある病気や手術など)はありますか?	<input type="checkbox"/> ①はい	<input type="checkbox"/> ②いいえ
	詳しい既往歴をご記入下さい。		
24	体調について、何か自覚症状はありますか?	<input type="checkbox"/> ①はい	<input type="checkbox"/> ②いいえ
	詳しい自覚症状をご記入下さい。		

生活習慣病健診（人間ドック）基本健診及び婦人科検診項目

* 下線は特定健診項目(必須項目)

- | | |
|---|--|
| <u>1. 問診</u> | <u>服薬歴及び喫煙習慣</u> |
| <u>2. 身体計測</u> | <u>身長・体重・体脂肪率・BMI・腹囲</u> |
| <u>3. 身体診察</u> | <u>自覚症状及び他覚症状の有無の検査</u> |
| 4. 視力検査 | |
| 5. 聴力検査 | 1000HZ、 4000HZ |
| 6. 胸部 X 線検査 | |
| <u>7. 血圧測定</u> | |
| <u>8. 末梢血液一般検査</u> | |
| <u>9. 肝・腎機能検査</u> | <u>AST (GOT)、ALT (GPT)、γ-GTP、ALP、TP、クレアチニン</u> |
| <u>10. 血中脂質検査</u> | <u>総コレステロール、HDL コレステロール、LDL コレステロール、トリグリセリド</u> |
| <u>11. 尿検査</u> | <u>糖、蛋白、潜血</u> |
| <u>12. 心電図検査（安静時）</u> | |
| 13. 上部消化管エックス線検査または胃カメラ検査 | |
| 14. 腹部超音波検査 | |
| <u>15. 糖尿病検査</u> | <u>空腹時血糖、ヘモグロビン A1c</u> |
| 16. 血清尿酸検査 | |
| 17. HBs 抗原・抗体検査、HCV 抗体検査 | |
| 18. CRP 検査 | |
| 19. 梅毒血清反応検査 | |
| 20. PSA 検査（45 歳以上の男性） | |
| <u>21. 眼底検査</u> | |
| 22. 糞便検査（潜血） | |
| 23. 子宮癌検診（内診、子宮頸部細胞診） | |
| 24. 乳癌検診（エコーまたはマンモグラフィ）※健診機関によっては視触診も行われます。 | |

※ (17) HBS 抗体検査は、医師の判断で省略できる。

※ (21) 眼底検査に眼圧検査を加えることができる。

※ (23) 子宮頸部細胞診、(24)乳癌検診は受診者の任意とする。