

# 健康診断（本人・家族）補助金請求書

日本イーライリリー健康保険組合理事長 殿

健康診断（本人・家族）に対する補助金について、健診機関の領収書および検査結果表を添付し請求いたします。

太枠内をすべて記入して下さい

年 月 日

被保険者等 記号番号	-	被保険者 氏名	フリガナ		社員番号	
被保険者の生年月日	年 月 日 才			性別	男・女	
健診の種類	<input type="checkbox"/> 一般健診 <input type="checkbox"/> 生活習慣病健診 <input type="checkbox"/> 人間ドック（日帰り） <input type="checkbox"/> オプション検査（ポイント精算） <input type="checkbox"/> 人間ドック（一泊）					
被保険者の現住所	〒					
支店、分室名等				連絡先 TEL		
健診を受けた方が 被扶養者の場合	氏名	フリガナ	生年 月日	年 月 日 才		被保険者 との続柄
健康診断 を受けた	医療機関	名称				
		所在地				
	受診日	年 月 日				
健康診断に要した費用の内訳	内訳項目名	金額	内訳項目名	金額		
		円		円		
		円		円		
	領収書金額合計			円		
振込先 (被保険者名義)	<b>1. 健保給付金指定振込口座（※原則給与口座）</b>					
	2. 1. 以外で希望する場合の振込先					
	銀行 信用金庫	支店	普通 当座	No.		
被保険者名義 (カタカナでご記入下さい)						

《提出・お問合せ先》

日本イーライリリー健康保険組合 〒532-0003 大阪府大阪市淀川区宮原4-1-6 電話06-6150-1090 Fax06-6150-1092

【健診結果取り扱いについて】

健診結果は、健康保険組合より委託先の(株)バリューHRに提出いたします。

また、労働安全衛生法において義務付けられている被保険者の健診結果については、事業主と健康保険組合との取り決めにより、法定健診項目以外の健診結果を含めて事業主(産業医)に提出いたします。

健康保険組合では、疾病予防対策として、30歳および35歳から特定保健指導を実施しています。

30歳および35歳以上の方の健診結果と連絡先情報については、特定保健指導等の委託先に提出し、特定保健指導に利用いたします。

以上、ご同意の上、お申し込み下さい。

- (注) 1. 健診後は、この請求書に ①「生活習慣についての質問」②「健診機関の領収書の原本」  
③「検査結果表（コピー可）」を添付の上、**健診後2ヶ月以内**に健康保険組合あてに請求してください。  
2. **費用（領収書）の内訳は、必ずご記入ください。**（子宮がん、乳がん、ドック、消費税等）  
3. 健康診断（本人・家族）の補助金は、被保険者の金融機関口座に振込みいたします。  
※ OP検査料の請求（PT精算）については事前に予約または健保へ連絡したものに限りです。

支給金額	円
------	---

~~~~~  
受付日付印

## 生活習慣についての質問

### ※契約外医療機関で受診された方全員

記号-番号(        -        )        受診者名 : (        )

以下の質問で、該当するほうの数字に○をつけて必ず申請書と一緒に提出ください。

| 質問項目 |                                                                                                                                                                  | 回答                                                                                                                                                   |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1    | 現在、血圧を下げる薬を使用していますか。                                                                                                                                             | 1. はい      2. いいえ                                                                                                                                    |
| 2    | 現在、血糖を下げる薬又はインスリン注射を使用していますか。                                                                                                                                    | 1. はい      2. いいえ                                                                                                                                    |
| 3    | 現在、コレステロールや中性脂肪を下げる薬を使用していますか。                                                                                                                                   | 1. はい      2. いいえ                                                                                                                                    |
| 4    | 医師から、脳卒中(脳出血、脳梗塞等)にかかっていると言われたり、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)にかかっていると言われたり、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言われたり、治療(人工透析)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りますか。                                                                                                                                            | 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。<br>(※「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。<br>条件1:最近1か月間吸っている<br>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)<br>2. 以前は吸っていたが、最近1ヶ月間は吸っていない(条件2のみ満たす)<br>3. いいえ(上記以外)                                                                         |
| 9    | 20歳の時の体重から10kg以上増加していますか。                                                                                                                                        | 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年以上実施していますか。                                                                                                                             | 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時間以上実施していますか。                                                                                                                             | 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ですか。                                                                                                                                        | 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<br>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<br>3. ほとんどかめない                                                                            |
| 14   | 人と比較して食べる速度が速いですか。                                                                                                                                               | 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回以上ありますか。                                                                                                                                   | 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<br>2. 時々<br>3. ほとんど摂取しない                                                                                                                       |
| 17   | 朝食を抜くことが週に3回以上ありますか。                                                                                                                                             | 1. はい      2. いいえ                                                                                                                                    |
| 18   | お酒(日本酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度はどれくらいですか。<br>(※「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ない者)                                                                       | 1. 毎日                      5. 月に1~3日<br>2. 週5~6日                6. 月に1日未満<br>3. 週3~4日                7. やめた<br>4. 週1~2日                8. 飲まない(飲めない) |
| 19   | 飲酒日の1日当たりの飲酒量はどのくらいですか。<br><日本酒1合(アルコール度数15度・180ml)の目安><br>ビール(同5度・約500ml)、焼酎(同25度・約110ml)<br>ワイン(同14度・約180ml)、ウイスキー(同43度・60ml)<br>缶チューハイ(同5度・約500ml、同7度・約350ml) | 1. 1合未満<br>2. 1~2合未満<br>3. 2~3合未満<br>4. 3~5合未満<br>5. 5合以上                                                                                            |
| 20   | 睡眠で休養が十分とれていますか。                                                                                                                                                 | 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せんか。                                                                                                                                     | 1. 改善するつもりはない<br>2. 改善するつもりである(概ね6ヶ月以内)<br>3. 近いうちに(概ね1ヶ月以内)改善するつもりであり、少しずつ始めている<br>4. 既に改善に取り組んでいる(6ヶ月未満)<br>5. 既に改善に取り組んでいる(6ヶ月以上)                 |
| 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                                                                                                                                    |