

人間ドック補助金申請書

被 保 険 者 記 入 欄	記号 番号	記 号	番 号	被保険者氏名				
				生年月日	年 月 日			
	受診者氏名			続柄	生年月日	受診日現在の 年齢	人間ドック受診日	費用
					年 月 日		年 月 日	円

※ 申請上の注意

対 象 期 間	当該年度中（4月～翌年3月末）の受診につき1回限りです。
補 助 対 象 者	35歳以上の被保険者・被扶養者（レディース健診と併給は不可）
補 助 上 限 額	18,000円
受 診 機 関	人間ドックの認定がある医療機関
受 診 コ ー ス	人間ドックの基本コースを含むもの ※脳ドック等オプションのみの場合は不可
受 診 方 法	受診者本人が医療機関へ予約し受診
申 請 方 法	この申請書に①領収書（原本）・②人間ドックデータ（健診結果等）写し ③別紙質問票の3点を添付し当健保組合へ提出
支 払 方 法	月末締切、翌月末までにご指定の金融機関へ振込

上記のとおり、申請します。

愛知陸運健康保険組合理事長 殿

提出日 年 月 日

被 保 険 者 住 所

電 話 番 号

被 保 険 者 氏 名

振込希望先 (被保険者名義の 口座に限る)	金融機関	銀行・信用金庫				本店・支店・出張所		
		預金種別	普通・当座・その他		口座番号			
		(ゆうちょ銀行の場合) 記号・番号				記号	番号	
	フリガナ 口座名義							

愛知陸運健康保険組合記入欄						
健診費用	円	上限額	18,000円	補助金支給額	円	
支給決定 及び 支払伺い	常務理事	担当	受付日	(前回支給日)	支払年月日	

質問票 (問診 22 項目)

保険証記号 _____ 番号 _____

※必ず全てご記入下さい。

氏名 _____

No	質問項目	回答 (当てはまるものに○をつけて下さい。)
1	血圧を下げる薬を飲んでいますか？	①はい ②いいえ
2	インスリン注射または血糖を下げる薬を飲んでいますか？	①はい ②いいえ
3	コレステロールや中性脂肪を下げる薬を飲んでいますか？	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、貧血と言われたことがある。	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回以上、1年以上実施している。	①はい ②いいえ
11	日常生活において歩行または同等の身体活動を1日1時間以上実施している。	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日当たりの飲酒量は？ ※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せんか？	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ヶ月以内） 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 ④既に改善に取り組んでいる（6ヶ月未満） 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

※下記項目が結果に記載がない場合は、必ずこちらも記入してください。

23	既往歴(ある方は病名を右欄に記入してください)	
24	自覚症状の有無	①特になし ②ある（症状の内容： _____）
25	他覚症状の有無(医師に聞いて記入してください)	①特になし ②ある（症状の内容： _____）
26	医師の判定(「メタボ該当」、「メタボ非該当」等医師に聞いて記入してください)	