

人間ドック補助金申請書

| 常務理事 | 課長 | 担当者 |
|------|----|-----|
| | | |

申請期限:2026年3月31日 健保組合必着

年 月 日

| | | | | |
|---------------------------------|--|--|----------------|---|
| 被 保 険 者 記 入 欄 | 記号・番号 | - | 電話番号 日中の連絡先 | |
| | 被保険者氏名 | | | |
| | 会社・事業所名 | | 部署 | |
| | 受診者氏名・続柄 | 続柄 | 年齢 | |
| | 医療機関名 | | 窓口支払額 | 円 |
| | 受診日 | 令和 年 月 日 | 受診コース | <input type="checkbox"/> 日帰りコース <input type="checkbox"/> その他コース |
| | 受診オプション検査 | <input type="checkbox"/> 胃内視鏡 <input type="checkbox"/> 胸部CT <input type="checkbox"/> 大腸内視鏡 <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー <input type="checkbox"/> 乳房 <input type="checkbox"/> 子宮 <input type="checkbox"/> 頭部MRI <input type="checkbox"/> 頭部MRA <input type="checkbox"/> 頸部MRI <input type="checkbox"/> 頸部MRA <input type="checkbox"/> 頭部CT <input type="checkbox"/> 頸部超音波 <input type="checkbox"/> LOX-index <input type="checkbox"/> PET <input type="checkbox"/> その他 () | | |
| 在職中の給付金 支払いに関する同意 | <input type="checkbox"/> 在職中、補助金は事業主経由で受領することに同意します。 | | | |

添付書類

- ① 領収書原本
② 健診結果(写し)
当健保ホームページ記載の必須項目をすべて受診されているかご確認ください。
未受診項目がある場合は、補助対象外となります。
③ 特定健診問診票 40歳以上の方は必ず添付して下さい。

添付書類は申請書にホチキス留めして下さい。

退職後に請求する場合に記入（任意継続者:記号9990は記入不要）

| 金融機関コード | 銀行 信用金庫 信用組合 | 店舗コード | 支店 本店 出張所 | 種目 | 口座番号 | フリガナ |
|---------|--------------------|-------|-----------------|------|------|-------|
| | | | | 普通預金 | | 口座名義人 |

ゆうちょ銀行の口座へ振り込みを希望される場合、支店名は3桁の漢数字を、口座番号は振込専用の口座番号(7桁)をご記入ください

| | | | | |
|-----------------------|--------|------------------------------|-----|----------|
| 健 保 記 入 欄 | 支給額 | 円 | 支給日 | 令和 年 月 日 |
| | 日帰りコース | 日帰りドック費用(税込)×0.5 上限 25,000円 | | |
| | オプション | オプション検査費用(税込)×0.5 上限 10,000円 | | |
| | PET | 検査にかかった費用(税込) 上限 10,000円 | | |
| | 脳血管系疾患 | 検査にかかった費用(税込) 上限 10,000円 | | |
| | 備考 | | | |

発信者印

048S 古河電工健保組合

【支給要件・注意事項】

- ① 検査日に有資格者(被保険者/被扶養者)であること。年齢制限はありません。
- ② 申請は年度内一人1回です。
- ③ 申請の期限は、年度内(4/1～3/31) **健保組合必着**です。
- ④ 必須項目を網羅していない場合は、人間ドックの補助対象外となります。
- ⑤ 保険診療の場合は、補助金対象外です。
- ⑥ 人間ドックの一泊コース・各医療機関で定める独自のコースを受診した場合は、当該医療機関の日帰りコースにて補助金を算出させていただきます。
- ⑦ がん検診でPET検査補助を受けている場合 → 【オプションPET】補助対象外
脳血管系疾患等検査で補助を受けている場合 → 【オプション脳血管系疾患】補助対象外
- ⑧ 40歳以上の方は特定健診問診票も添付してください。

特 定 健 康 診 査 問 診 票

| | | | | | |
|-------|-------|-----|------|--|-------|
| 受診者情報 | 加入者番号 | | 氏 名 | | 生年月日 |
| | 記 号 | 番 号 | フリガナ | | 西暦 |
| | | | 漢 字 | | 年 月 日 |

| 質 問 項 目 | | 回 答(○をつけてください。) |
|---------|--|---|
| 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とき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 飲めない(飲まない) |
| 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(5度)500ml、焼酎(25度)110ml、ワイン(14度)180ml ウイスキー(43度)60ml、缶チューハイ(5度)500ml(7度)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 |