１/２

特例退職被保険者

任意継続被保険者

「Ｂ方式」健康診査補助金支給申請書

民間放送健康保険組合理事長　様

下記のとおり健康診査を実施したので、補助金の支給申請をします。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者証 | 記号 | 番号 |  | |
|  |  |
| 被保険者  氏名 | ﾌﾘｶﾞﾅ | | 生年月日 | 昭和  年　　　月　　　日  平成 |
|  | |
| 被保険者  住所 | 〒  ℡(　　　　　)　　　　　－  ※日中、連絡可能な電話番号をご記入ください | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者欄 | 受診した健診 | Ａ.生活習慣病予防健診　Ｂ.特定健診　Ｃ.日帰り人間ドック　Ｄ.一泊人間ドック  〔１.乳房診検査　　　２.子宮細胞診検査　　　３.前立腺(ＰＳＡ)検査 〕 | | | | |
| 令和　　年　　月　　日受診 | | 健診機関名 |  | | |
| 健診の実費 | 円 | 健保使用欄  決定額 | 円 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被扶養者欄 | 受診者氏名 | ﾌﾘｶﾞﾅ | | | 生年月日 | | 昭和  　　　 年　　月　　日  平成 | | | 続柄 |  |
|  | | |
| 上記住所と  違う場合 | 〒  ℡(　　　　　)　　　　　－  ※日中、連絡可能な電話番号をご記入ください | | | | | | | | | |
| 受診した健診 | □被扶養配偶者  Ａ.生活習慣病予防健診  Ｂ.特定健診  Ｃ.日帰り人間ドック  1.乳房診検査  2.子宮細胞診検査  3.前立腺(PSA)検査 | | | | □40歳以上の被扶養者  Ａ.生活習慣病予防健診  Ｂ.特定健診  1.乳房診検査  2.子宮細胞診検査  3.前立腺(PSA)検査 | | | | | |
| 令和　　年　　月　　日受診 | | 健診機関名 |  | | | | | | | |
| 健診の実費 | 円 | | | | 健保使用欄  決定額 | 円 | | |

※この請求に基づく振込先は、当健保で管理している金融機関です。

**[添付書類]**

令和　　年　　月　　日提出

受付日付印

1.健康診査結果報告書〈全ページ〉（写）

2.健診機関発行の領収書（写）

3.特定健康診査の質問票〈40歳以上の方のみ〉（写）

**[注意事項]**

※**｢特定健診｣を受診される場合は、**

乳房診検査・子宮細胞診検査・前立腺(PSA)検査の補助はありません。

民間放送健康保険組合

２/２

特定健康診査の質問票

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者証 | | | 記　号 | 番　号 | 受診者氏名 | フリガナ | |
|  |  |  | |
|  | 質問項目 | | | | | | 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　　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ヶ月間吸っている  条件２：生涯で６ヶ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ヶ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10㎏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１～２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：ﾋﾞｰﾙ（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）、缶ﾁｭｳｰﾊｲ（同5度・約500ml、同7度・350ml） | | | | | | ①１合未満  ②１～２合未満  ③２～３合未満  ④３～５合未満  ⑤５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 |

令和　　年　　月　　日提出

受付日付印