|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 支  給  伺 | 支給決定年月日 | 支給決定額 | 常務理事 | 事務長 | 担当者 |
| 年　月　日 | 円 |  |  |  |
| 決裁年月日 |
| 年　月　日 |

≪申請から給付の流れ≫

**人間ドック補助金請求書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 在職中の方 | **―→** | 事業所（勤務先）の健保業務担当部門  〔総務・人事等〕 | | **―→** | 健保組合 | **→** | 事業所へ振込 | **→** | 本人の  口座へ  振 込 |
|  | | | | |  | | |
| 退職された方（任意継続） | | | **―――――――――――→** | | **―――――――――→** | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保険証記号・番号 | | － | | | 被保険者氏名 |  | |
| 事業所名称 | |  | | | | | |
| 実施医療機関名 | |  | | | | | |
| 同所在地 | |  | | | | | |
| 受診者の氏名 | 年齢 | | 続柄 | 実施年月日 | | | 健診に要した費用 |
|  |  | |  | 年 　月 　日 | | | 円 |
|  |  | |  | 年 　月 　日 | | | 円 |
| 上記のとおり人間ドック補助金の交付を請求します。  また在職期間中に係る申請の場合、本申請書に基づく補助金の受領を事業主へ委任いたします。  **アルバック健康保険組合　理事長　殿**　　　　　　　　　　年　　　月　　　日  被保険者 住 所  氏 名 | | | | | | | |

【検診結果の取扱いについて】

|  |
| --- |
| 検診結果は、ご本人に通知されると共に、アルバック健康保険組合による検診後の保健指導、受診勧奨、保健事業の効果検証（厚労省への報告等）等のため、検診機関から当健康保険組合にも提出され、個人情報として取り扱われる場合があります。  個人情報保護方針については、アルバック健保ホームページ「個人情報保護方針」を参照下さい。 |

【注意事項】必ずご一読ください。

|  |
| --- |
| **・領収書の原本、検査結果報告書（写し）を添付して下さい。検査結果報告書に**  **特定健診質問票の回答の記載がない場合は、次ページの特定健診質問票に回答**  **の上、添付をお願いします。**  **・気になる方は、検査結果報告書を封筒に封入・封かんしてご提出ください。**  **・健診結果報告書を添付されることに同意した方が補助金を受けることができます。**  **・補助金対象は、日本国内で受けた健診に限ります。**  **・人間ドックとPET/CT検査の補助金は、同年度に受けることはできません。** |

**特定健診質問票**

**（人間ドック検査結果報告書に記載のない場合は記入の上、ご提出をお願いします）**

**記号　　　　　番号　　　　受診者氏名**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | 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） | ①はい ②いいえ |
| 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 | ①毎日 ②時々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） | ①１合未満 ②１～２合未満  ③２～３合未満 ④３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か月以内）  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  ④既に改善に取り組んでいる  （６か月未満）  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。 | ①はい ②いいえ |

平成30年4月改定版　アルバック健康保険組合