

常務理事	事務長	課長	係

地方(補助金)健診実施申請書

健診種別	簡易生活習慣病健診 <input type="checkbox"/> 生活習慣病健診 <input type="checkbox"/> 婦人生活習慣病 <input type="checkbox"/>		
記号	000	事業所名	株式会社 ○○○○
実施支店名	○○支店		
実施人数	○○人	実施予定日	○○月○○日
医療機関	名称	○○○○病院	
	所在地	○○県○○市○○1-1	
	電話番号	000-000-0000	

健診項目

検査項目	必須項目	実施の有無	検査項目	必須項目	実施の有無
身体計測・問診 (身長・体重・BMI指数・標準体重・腹囲)	○	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	眼底検査	△	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
血圧測定	○	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	貧血検査 (RBC・Hb・Ht・WBCなど)	△	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
検尿 (糖・蛋白など)	○	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	胸部X線検査 (間接又は直接撮影)	—	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
脂質代謝検査 (HDLコレステロール・LDLコレステロール・中性脂肪等)	○	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	胃部X線検査 (間接又は直接撮影)	—	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
肝機能検査 (GOT・GPT・γ-GTP・ALPなど)	○	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	大腸がん検査 (便潜血反応)	—	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
糖代謝検査 (空腹時血糖またはHbA1c)	○	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	婦人科検査 (子宮細胞診・乳房診)	—	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
健康質問標の提出 (22項目の質問表)	○	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	その他の実施検査項目(ご記入ください)		
心電図検査	△	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
健診料金 (1人あたり)	0,000 円	※必須検診項目に○印のある項目については必ず実施してください。 また、△印は医師の判断に基づき実施してください。			

上記のとおり実施したいので、ご承認願います。

平成00年00月00日

倉庫業健康保険組合

(受付日付印)

事業所名称	株式会社 ○○○○		
事業主氏名	○○ ○○	⑤	
担当者氏名	○○ ○○		
電話番号	00 (0000)0000		

倉庫業健康保険組合 理事長 殿

地方 簡易生活習慣病 健診 補助金支給申請書

※健診種別(簡易生活習慣病健診・生活習慣病健診・婦人生活習慣病健診)をご記入ください

補助額	(特定健康診査事業費) (疾病予防費) (補助金額計)		
	+	=	円
事業所(場)所在地 (本・支店・営業所)	〇〇県〇〇市〇〇1		
事業所(場)名称 (本・支店・営業所)	株式会社 〇〇〇〇 〇〇営業所	健診受診目的	<input type="checkbox"/> 法定健診 <input type="checkbox"/> 一般健診
実施人数	〇〇人 (内訳)	本人 00 人 家族 00 人	
実施年月日	自 平成00年00月00日 至 平成00年00月00日		
実施医療機関	名称	〇〇〇〇病院	
	所在地	〇〇県〇〇市〇〇1-1	
	電話番号	000 (000)0000	
上記の通り健診(検査)を実施したことを証明するとともに、これに対する補助金の交付方を申請します 平成00年00月00日			
事業所名称		株式会社 〇〇〇〇	
事業主氏名		〇〇 〇〇 (印)	
倉庫業健康保険組合 理事長 殿			

【注意事項】

1. この申請書には以下の書類を添えて提出してください
 - 受診者名簿 ○領収書又は振込通知書の控の写し
 - 請求書の写し ○受診者全員の健診結果の写し
 - 健康質問標(健診結果に記載が無い場合)
 ※ 1人あたりの健診料金の算出が困難な場合は別途明細等を提出していただく場合があります
2. 補助額は組合において算定いたしますので、補助額の欄(太枠内)には何も記入しないでください
3. 補助金の振込先口座(下記)について、原則として個人口座はお認めしていません

倉庫業健康保険組合

補助金は銀行振込にてお支払いします
振込先の銀行口座名をご記入ください

金融機関	〇〇銀行	支店名	〇〇支店
預金種目	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金		
口座番号	0	0	0 0 0 0 0 0 0
フリガナ	カブシキガイシャ 〇〇〇〇		
口座名義	株式会社 〇〇〇〇		

(受付日付印)

地方健診補助金(対象者・受診者)名簿

No. 1

記号	事業場名称(本・支店・営業所名)		健診種別				組合記入欄	
	000	株式会社 ○○○○ ○○営業所	簡易生活習慣病健診					
番号	受診者名	生年月日	年齢	性別	続柄	受診日	判定	受診結果等
00	ケンボ タロウ 健保 太郎	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 00年00月00日	00	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	00月00日		
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	月 日		
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	月 日		
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	月 日		
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	月 日		
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	月 日		
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	月 日		
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	月 日		
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	月 日		
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	月 日		
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	月 日		
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	月 日		
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	月 日		
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	月 日		
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	月 日		
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	月 日		
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	月 日		
合計	○○人	本人 ○ 人 家族 人						

倉庫業健康保険組合

※組合記入欄(太枠内)には何も記入しないでください
 ※名簿は被保険者番号順に記入してください

健康質問標

記号 000 番号 00 氏名 健保 太郎

	質問項目	回答記入欄 (<input checked="" type="checkbox"/> チェック)
1-3	現在、aからcの薬の使用の有無	
1	a.血圧を下げる薬を服用している	<input type="checkbox"/> ①はい <input type="checkbox"/> ②いいえ
2	b.インスリン注射または血糖を下げる薬を服用している	<input type="checkbox"/> ①はい <input type="checkbox"/> ②いいえ
3	c.コレステロールを下げる薬を服用している	<input type="checkbox"/> ①はい <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> ①はい <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> ①はい <input type="checkbox"/> ②いいえ
6	医師から、慢性の腎不全にかかっているといわれたり、治療(人工透析)を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> ①はい <input type="checkbox"/> ②いいえ
7	医師から、貧血といわれたことがある。	<input type="checkbox"/> ①はい <input type="checkbox"/> ②いいえ
8	現在、たばこを習慣的に吸っている。(直近1ヶ月以上喫煙している場合は「はい」を選択、ただし喫煙合計本数が100本以下、または喫煙機関が6ヶ月以下の方は「いいえ」をご選択ください。	<input type="checkbox"/> ①はい <input type="checkbox"/> ②いいえ
9	20歳の時の体重から10kg以上増加している。	<input type="checkbox"/> ①はい <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> ①はい <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> ①はい <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> ①はい <input type="checkbox"/> ②いいえ
13	この1年間で体重の増減が±3kg以上あった	<input type="checkbox"/> ①はい <input type="checkbox"/> ②いいえ
14	人と比較して食べる速度が速い	<input type="checkbox"/> ①速い <input type="checkbox"/> ②普通 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> ①はい <input type="checkbox"/> ②いいえ
16	夕食後に間食(3食以外の夜食)をとることが週に3回以上ある	<input type="checkbox"/> ①はい <input type="checkbox"/> ②いいえ
17	朝食を抜くことが週に3回以上ある	<input type="checkbox"/> ①はい <input type="checkbox"/> ②いいえ
18	お酒(清酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度	<input type="checkbox"/> ①毎日 <input type="checkbox"/> ②時々 <input type="checkbox"/> ③ほとんど飲まない(飲めない)
19	飲酒日の1日あたりの飲酒量 清酒1合(180ml)の目安: ビール中瓶1本(約500ml) 焼酎35度(80ml) ウイスキーダブル1杯(60ml) ワイン2杯(240ml)	<input type="checkbox"/> ①1合未満 <input type="checkbox"/> ②1~2合未満 <input type="checkbox"/> ③2~3合未満 <input type="checkbox"/> ④3合以上
20	睡眠で休養が十分とれている	<input type="checkbox"/> ①はい <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> ①改善するつもりはない <input type="checkbox"/> ②改善するつもりである(概ね6ヶ月以内) <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> ④既に取り組んでいる(6ヶ月未満) <input type="checkbox"/> ⑤既に取り組んでいる(6ヶ月以上)
22	生活習慣の改善について保健指導を受ける機会があれば、利用しますか。	<input type="checkbox"/> ①はい <input type="checkbox"/> ②いいえ