

## 特定健康診査の検査結果提供に係る事務処理手数料支給申請書

支 給 額	円		
記 号	〇〇〇	事業所(場)名 (本・支店・営業所)	〇〇〇〇株式会社 〇〇支店
事業所(場)所在地 (本・支店・営業所)	〇〇県〇〇市〇〇1-1		
実 施 人 数	〇〇 人 (内訳)		本人 〇〇 人 家族 〇〇 人
実 施 年 月 日	自 平成〇〇年〇〇月〇〇日 至 平成〇〇年〇〇月〇〇日		
上記の通り健診を実施したことを証明するとともに、これに対する健診結果提出のかかる事務処理手数料の交付方を申請します 平成〇〇年〇〇月〇〇日			
事業所名称	〇〇〇〇株式会社		
事業主氏名	〇〇 〇〇		
倉庫業健康保険組合 理事長 殿			

手 数 料 の 算 出	(健診結果提出人数)	×	(事務手数料1人あたり支給額) 800円	=	(事務処理手数料支給額) 円
-------------	------------	---	-------------------------	---	-------------------

**【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                      ○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)
2. 事務処理手数料の支給対象者は40歳以上の被保険者です
3. 事務処理手数料は健診結果1名分800円となります
4. 事務処理手数料の振込先口座(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	〇	〇	〇
フリガナ	〇〇〇〇カブシキガイシャ		
口座名義	〇〇〇〇株式会社		

(受付日付印)

健診結果提出者名簿

No. \_\_\_\_\_

記号	事業場名称(本・支店・営業所名)					組合記入欄	
〇〇〇	〇〇〇〇株式会社 〇〇支店						
番号	受診者名	生年月日	性別	続柄	受診日	判定	受診結果等
〇〇	ケンボ タロウ 健保 太郎	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 〇〇年〇〇月〇〇日	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	〇月〇日		
		<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		
		<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	〇〇人	本人 〇〇人 家族 〇〇人					

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

健康質問票

記号○○○ 番号○○○ 氏名 ○○ ○○

令和6年4月1日改正

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.インスリン注射又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.コレステロールや中性脂肪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。	<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カ月間吸っている 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	<input type="checkbox"/> ①はい(条件1と条件2を両方満たす) <input type="checkbox"/> ②以前は吸っていたが、最近1カ月間は吸っていない(条件2のみ満たす) <input type="checkbox"/> 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。	<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	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。	<input type="checkbox"/> ①何でもかんで食べることができる <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> ③ほとんどかめない
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	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	<input type="checkbox"/> ①毎日 <input type="checkbox"/> ②時々 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> ①はい <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> ①毎日 <input type="checkbox"/> ②週5~6日 <input type="checkbox"/> ③週3~4日 <input type="checkbox"/> ④週1~2日 <input type="checkbox"/> ⑤月に1~3日 <input type="checkbox"/> ⑥月に1日未満 <input type="checkbox"/> ⑦やめた <input type="checkbox"/> ⑧飲まない(飲めない)
19	飲酒日の1日あたりの飲酒量 日本酒1合(アルコール度数15度・180ml)の目安:ビール(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350)	<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"/> ④3~5合未満 <input type="checkbox"/> ⑤5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せんか	<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、これまでに特定保健指導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