

疾病予防事業補助金交付申請書

※ 太枠内を記入してください。

事業所記号	事業所の名称
申請者記入欄兼委任状(事業所振込)	
疾病予防事業補助金の交付申請、及び事業所の保険給付金受領代理人に補助金の受領を委任します。	
令和 年 月 日	
申請者の住所・氏名	

【健保受付欄】

玩具人形健康保険組合 (R7.4)

※ 続柄欄は本人(被保険者)又は家族(被扶養者)、種目欄は受診した種目それぞれOで囲ってください。

被保険者等番号	受診者氏名	続柄	年齢	健診日	種目	健診料金
		本人・家族	才	令和 .	定期健診・生活習慣病健診・婦人生活習慣病健診 人間ドック・人間ドック+婦人科	円
生年月日 昭和・平成 . .			医療機関名			
被保険者等番号	受診者氏名	続柄	年齢	健診日	種目	健診料金
		本人・家族	才	令和 .	定期健診・生活習慣病健診・婦人生活習慣病健診 人間ドック・人間ドック+婦人科	円
生年月日 昭和・平成 . .			医療機関名			
被保険者等番号	受診者氏名	続柄	年齢	健診日	種目	健診料金
		本人・家族	才	令和 .	定期健診・生活習慣病健診・婦人生活習慣病健診 人間ドック・人間ドック+婦人科	円
生年月日 昭和・平成 . .			医療機関名			
被保険者等番号	受診者氏名	続柄	年齢	健診日	種目	健診料金
		本人・家族	才	令和 .	定期健診・生活習慣病健診・婦人生活習慣病健診 人間ドック・人間ドック+婦人科	円
生年月日 昭和・平成 . .			医療機関名			
被保険者等番号	受診者氏名	続柄	年齢	健診日	種目	健診料金
		本人・家族	才	令和 .	定期健診・生活習慣病健診・婦人生活習慣病健診 人間ドック・人間ドック+婦人科	円
生年月日 昭和・平成 . .			医療機関名			

【注 意】

- ※1 受診者記入欄に複数の被保険者、被扶養者を記入する場合は申請者記入欄に事業所名・事業主名をそれぞれ記入してください。
- ※2 請求期限は当該年度中に実施した分の請求は当該翌年度の4月30日までとします。なお、期限を過ぎた場合は支給できませんのでご注意ください。
- ※3 申請の際、領収書原本と健診結果表コピー、40歳以上(※年度末年齢)の方は問診票を添付してください。
- ※4 領収書の返却を希望される場合「領収書返却願い」に領収書を貼付してください。
- ※5 申請書および添付書類の取扱いは限られた目的(保健指導等)のため使用いたします。
- ※6 各年度の期間は4月1日から翌年3月31日までです。

疾病予防事業補助金交付申請書（続紙）

※受診者が6名以上いる場合は続けてこの用紙に記入してください。

被保険者等番号	受診者氏名	続柄	年 齢	健診日	種 目	健診料金
		本人・家族	才	令和 .	定期健診・生活習慣病健診・婦人生活習慣病健診 人間ドック・人間ドック+婦人科	円
生年月日 昭和・平成 . .				医療機関名		
		本人・家族	才	令和 .	定期健診・生活習慣病健診・婦人生活習慣病健診 人間ドック・人間ドック+婦人科	円
生年月日 昭和・平成 . .				医療機関名		
		本人・家族	才	令和 .	定期健診・生活習慣病健診・婦人生活習慣病健診 人間ドック・人間ドック+婦人科	円
生年月日 昭和・平成 . .				医療機関名		
		本人・家族	才	令和 .	定期健診・生活習慣病健診・婦人生活習慣病健診 人間ドック・人間ドック+婦人科	円
生年月日 昭和・平成 . .				医療機関名		
		本人・家族	才	令和 .	定期健診・生活習慣病健診・婦人生活習慣病健診 人間ドック・人間ドック+婦人科	円
生年月日 昭和・平成 . .				医療機関名		
		本人・家族	才	令和 .	定期健診・生活習慣病健診・婦人生活習慣病健診 人間ドック・人間ドック+婦人科	円
生年月日 昭和・平成 . .				医療機関名		
		本人・家族	才	令和 .	定期健診・生活習慣病健診・婦人生活習慣病健診 人間ドック・人間ドック+婦人科	円
生年月日 昭和・平成 . .				医療機関名		
		本人・家族	才	令和 .	定期健診・生活習慣病健診・婦人生活習慣病健診 人間ドック・人間ドック+婦人科	円
生年月日 昭和・平成 . .				医療機関名		
		本人・家族	才	令和 .	定期健診・生活習慣病健診・婦人生活習慣病健診 人間ドック・人間ドック+婦人科	円
生年月日 昭和・平成 . .				医療機関名		
		本人・家族	才	令和 .	定期健診・生活習慣病健診・婦人生活習慣病健診 人間ドック・人間ドック+婦人科	円
生年月日 昭和・平成 . .				医療機関名		

※ 続柄欄は本人（被保険者）又は家族（被扶養者）、種目欄は受診した種目それぞれ〇で囲ってください。

(R7.4)

問診票（40歳以上記入）

令和6年4月1日受診分～

被保険者等 記号	番号	本人・家族	配偶者	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
(フリガナ)			同居の家族	人
氏名				
問診項目			回答記入欄（Vチェック）	
1-3現在、aからcの薬の使用の有無				
1a 血圧を下げる薬			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
2b 血糖を下げる薬又はインスリン注射			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
3c コレステロールや中性脂肪を下げる薬			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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"/> はい <input type="checkbox"/> 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"/> はい <input type="checkbox"/> 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"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
7 医師から、貧血といわれたことがある。			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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）			<input type="checkbox"/> はい(条件1と条件2を両方満たす) <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> いいえ(1、2以外)	
9 20歳の時の体重から10kg 以上増加している。			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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"/> はい <input type="checkbox"/> 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"/> はい <input type="checkbox"/> 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"/> はい <input type="checkbox"/> 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"/> 何でもかんで食べることができる <input type="checkbox"/> 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"/> 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"/> 速い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 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"/> はい <input type="checkbox"/> 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"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 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"/> はい <input type="checkbox"/> 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"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週5～6日 <input type="checkbox"/> 週3～4日 <input type="checkbox"/> 週1～2日 <input type="checkbox"/> 月に1～3日 <input type="checkbox"/> 月に1日未満 <input type="checkbox"/> やめた <input type="checkbox"/> 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：ビール(同5度・500ml)、焼酎(同25度・約110ml)、ウイスキー(同43度・60ml)、ワイン(同14度・180ml)、缶チューハイ(同5度・約500ml、同7度・約350ml)			<input type="checkbox"/> 1合未満 <input type="checkbox"/> 1～2合未満 <input type="checkbox"/> 2～3合未満 <input type="checkbox"/> 3～5号未満 <input type="checkbox"/> 5合以上	
20 睡眠で休養が十分とれている。			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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"/> 改善するつもりはない <input type="checkbox"/> 改善するつもりである（概ね6か月以内） <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる（6か月未満） <input type="checkbox"/> 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、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"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	

【令和6年4月1日以降受診分】（R6.12）