

## 健康診断費用請求書(被保険者証未提示用)

令和 担当者	年度分 資格照合

※太枠内をご記入下さい

被保険者の 記号・番号	記号	番号	事業所名	:					
受診者氏名	被保険者		配偶者						
生年月日	昭和	年	月	日	昭和	年	月	日	
健診機関 の名称と 所在地	病院名		病院名			所在地			
受診日	令和	年	月	日	令和	年	月	日	
健診費用	¥	円	¥	円					
振込先(被保険者名義)									
銀行コード (4ケタ)					銀行名	銀行 信用金庫 農協			
支店コード (3ケタ)					支店名	支店 出張所 支所			
種別	普通	当座	口座番号						
被保険者口座名義			カタカナで記入してください						
補助金請求額									
本人(男性・女性)		¥	円						
配偶者(夫・妻)		¥	円						
合計金額		¥	円						
住商連合健康保険組合 御中						令和	年	月	日
下記書類を添付のうえ、補助金を請求いたします。									
添付書類		チェック欄	被保険者の住所・氏名						
領収書の原本(注)			住所						
健診結果の全てのページの写し			氏名						
質問票			印						

委任欄 ※(被保険者口座以外への振込希望のみ署名捺印)

私は今回の健康診断の費用請求に対し上記振込先の者へ委任をいたします。

氏名

印

受付日付印

(注) 領収書は、健康診断受診者氏名、受診日、健診の種類、健診機関名、健診機関の領収印、健康診断料金の記載があるものに限る。

※受診者1人につき1枚記入しご提出ください

## 質 問 票

記 号	番 号	氏 名
		フリカ`ナ
		漢 字

	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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2	b. 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
3	c. コレステロール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る。 (※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、「現在までに合計100本以上、又は6ヶ月以上吸っている者」であり、最近1か月間も吸っている者)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
10	1回30分以上の汗をかく運動を週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 が気になる部分があり、かみ <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(菓子類・果物など)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	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 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)	<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すか	<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保健指導を受ける機会があれば、利用しますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ