

健康診断費用請求書(指定健診機関以外用)

住 記号・番号は、①マイナポータル、②資格情報のお知らせ、③資格確認書のいずれかでご確認ください。 令和 ○○ 年度分

被保険者の 記号・番号	記号 200	番号 10	事業所名 : △△△株式会社
被保険者のマイナンバー(記号番号を記入した場合は不要です)			
被保険者 氏名	健保 三子		住所 : 〒000-000 東京都...
受診者氏名	被保険者: 健保 三子		配偶者:
生年月日 ・年齢	昭和 59 年 12 月 26 日 ○○ 歳		昭和 年 月 日 歳
健診機関 の名称と 所在地	病院名: ■■■病院 所在地: 東京都...	病院名: ドックコースの(オプションは除く) 金額を記入 (女性で子宮・乳がんを受診の場合は、 ドックコースとの合計金額)	
受診日	令和 2 年 4 月 5 日		日
健診費用	¥ 58,000		円
婦人科 受診有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 乳がん検査・子宮がん検査		<input type="checkbox"/> 無

被保険者のみ回答してください。配偶者の方は不要。
 <被保険者の健診結果に関するお取り扱いについて>の記載内容をご確認のうえ
 “同意する”または“同意しない”にチェックを入れてください。 同意する 同意しない

- 申請に必要な書類が揃っているか確認し、右の口にチェックしてください。(全て提出してください)
- ・領収書の原本
※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。
 - ・健診結果の全てのページの写し
 - ・健診の種類(オプション含む)の内訳と費用が分かる料金表等
 - ・質問票
※受診者1人につき1枚記入
 - ・指定外受診希望理由書
※受診者1人につき1枚記入

被保険者本人名義の振込口座(法人や家族名義の口座に委任の場合は、別途委任状の添付が必要)

振込 口座に 関する 情報	銀行 コード	1	2	3	4	銀行名	○○○				銀行) 農協 信用金庫 信用組合	
	支店 コード	5	6	7	支店名	△△△	支店 出張所	種別	普通			
	口座番号	8		9	0	1	2	3	4			
	被保険者口座名義 (カナ表記)		ケンポ ミツコ									
ゆうちょ 銀行	記号	番号										1
	被保険者口座名義 (カナ表記)											

マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用する場合はチェックしてください※公金受取口座へのお支払いにはお時間をいただく場合があります

△口座情報は正しく記入してください。記入を間違えると、入金が遅れる場合があります。

健保 使用 欄	補助金請求額	
	本人(男性・女性)	円
	配偶者(男性・女性)	円
合計		円

--- 受付目付印 ---

質 問 票

※受診者1人につき1枚記入しご提出ください

記 号	番 号	氏 名
200	10	フリカ'ナ ケンボ ミツコ 漢 字 健保 光子

	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 checked="" type="checkbox"/> いいえ
2	b. 血糖を下げる薬又はインスリン注射	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3	c. コレステロールや中性脂肪を下げる薬	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> いいえ
7	医師から、貧血といわれたことがある	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> はい(条件1と条件2を両方満たす) 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(上記以外)
9	20歳の時の体重から10kg以上増加している	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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・110ml)、ウイスキー(同43度・60ml)、ワイン(同14度・約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 checked="" type="checkbox"/> 1~2合未満 <input type="checkbox"/> 2~3合未満 <input type="checkbox"/> 3~5合未満 <input type="checkbox"/> 5合以上
20	睡眠で休養が十分とれている	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> いいえ