

# 健康診断補助金請求書

※太枠内のみご記入ください。

常務理事	事務長	課長	係長	担当者
支払予定日				

令和 年 月 日提出

事業所記号				組合記入欄 事業所コード	
事業所名称					
事業主氏名					
電話					

下記のとおり健康診断を実施したので、下記添付書類を添付し、補助金を請求いたします。

添付書類： 領収書(コピー可)  同意書  問診票(40歳以上のみ)  
 結果報告書(コピー) ※必ず記号・番号を明記してください。

【受診者名簿】 ※請求人数が5人以上の場合は、5人目以降を別紙の【受診者名簿】に記入し、本紙に添付してください。

番号	枝番	氏名	健診種目	受診日	請求金額	組合記入欄
1			一般・生活・ドック	令和 年 月 日		
			脳検査	令和 年 月 日		
			乳房検査	令和 年 月 日		
			子宮検査	令和 年 月 日		
2			一般・生活・ドック	令和 年 月 日		
			脳検査	令和 年 月 日		
			乳房検査	令和 年 月 日		
			子宮検査	令和 年 月 日		
3			一般・生活・ドック	令和 年 月 日		
			脳検査	令和 年 月 日		
			乳房検査	令和 年 月 日		
			子宮検査	令和 年 月 日		
4			一般・生活・ドック	令和 年 月 日		
			脳検査	令和 年 月 日		
			乳房検査	令和 年 月 日		
			子宮検査	令和 年 月 日		
合計人数				合計金額		

【振込先口座】 ※事業所(事業主)または被保険者名義の口座をご記入ください。

金融機関コード	金融機関名	口座種別	口座番号
		普通・当座	
店番号	支店名	口座名義(カタカナ)	

※被保険者名義の口座へ振り込みを希望する場合は、下欄の委任状もご記入ください。

受付日付印

委任状	上記補助金の受領方を下記の被保険者に委任します。	
	受任者	記号一番号 : 被保険者氏名 :

## 【受診者名簿】

※請求人数が5人以上の場合は、5人目以降を本紙に記入し、健康診断補助金請求書に添付してください。

事業所記号					組合記入欄 事業所コード	
-------	--	--	--	--	-----------------	--

番号	枝番	氏名	健診種目	受診日	請求金額	組合記入欄
1			一般・生活・ドック	令和 年 月 日		
			脳検査	令和 年 月 日		
			乳房検査	令和 年 月 日		
			子宮検査	令和 年 月 日		
2			一般・生活・ドック	令和 年 月 日		
			脳検査	令和 年 月 日		
			乳房検査	令和 年 月 日		
			子宮検査	令和 年 月 日		
3			一般・生活・ドック	令和 年 月 日		
			脳検査	令和 年 月 日		
			乳房検査	令和 年 月 日		
			子宮検査	令和 年 月 日		
4			一般・生活・ドック	令和 年 月 日		
			脳検査	令和 年 月 日		
			乳房検査	令和 年 月 日		
			子宮検査	令和 年 月 日		
5			一般・生活・ドック	令和 年 月 日		
			脳検査	令和 年 月 日		
			乳房検査	令和 年 月 日		
			子宮検査	令和 年 月 日		
6			一般・生活・ドック	令和 年 月 日		
			脳検査	令和 年 月 日		
			乳房検査	令和 年 月 日		
			子宮検査	令和 年 月 日		
7			一般・生活・ドック	令和 年 月 日		
			脳検査	令和 年 月 日		
			乳房検査	令和 年 月 日		
			子宮検査	令和 年 月 日		
8			一般・生活・ドック	令和 年 月 日		
			脳検査	令和 年 月 日		
			乳房検査	令和 年 月 日		
			子宮検査	令和 年 月 日		

# 同意書

健診補助請求をするにあたり、健診申込内容や健診結果等の個人データを首都圏デジタル産業健康保険組合が生活習慣病重症化予防事業等に利用することに同意します。

首都圏デジタル産業健康保険組合 理事長殿

事業所記号				
-------	--	--	--	--

	番号	枝番	氏名	住所(現住所) <small>※生活習慣病重症化予防に関するご案内等を送付する場合があります。</small>
1				〒 —
2				〒 —
3				〒 —
4				〒 —
5				〒 —
6				〒 —
7				〒 —
8				〒 —
9				〒 —
10				〒 —

## 問 診 票（年度末40歳以上の方）

保 険 証			事業所名称							
記号	番号	枝番		フリガナ						
			氏 名							
生年月日	昭和・平成	年	月	日	年度末年齢	歳	性別	男・女	続柄	本人・家族

※以下の質問に、全てお答えください。

	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="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ
2	b. 血糖を下げる薬又はインスリン注射	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ
3	c. コレステロールや中性脂肪を下げる薬	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> 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="radio"/> はい <input type="radio"/> 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="radio"/> はい <input type="radio"/> 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="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ
7	医師から、貧血と言われたことがある。	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> 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、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="radio"/> はい（条件1と条件2を両方満たす） <input type="radio"/> 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="radio"/> 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="radio"/> はい <input type="radio"/> 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="radio"/> はい <input type="radio"/> 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="radio"/> はい <input type="radio"/> 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="radio"/> はい <input type="radio"/> 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="radio"/> 何でもかんで食べることができる <input type="radio"/> 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="radio"/> 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="radio"/> 速い <input type="radio"/> ふつう <input type="radio"/> 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="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ
16	朝屋夕の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取していますか。	<input type="radio"/> 毎日 <input type="radio"/> 時々 <input type="radio"/> 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="radio"/> はい <input type="radio"/> 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="radio"/> 毎日 <input type="radio"/> 週5～6日 <input type="radio"/> 週3～4日 <input type="radio"/> 週1～2日 <input type="radio"/> 月に1～3日 <input type="radio"/> 月に1日未満 <input type="radio"/> やめた <input type="radio"/> 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）、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350ml）	<input type="radio"/> 1合未満 <input type="radio"/> 1～2合未満 <input type="radio"/> 2～3合未満 <input type="radio"/> 3～5合未満 <input type="radio"/> 5合以上
20	睡眠で休養が十分にとれている。	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> 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="radio"/> 改善するつもりはない <input type="radio"/> 改善するつもりである（概ね6か月以内） <input type="radio"/> 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="radio"/> 既に改善に取り組んでいる（6か月未満） <input type="radio"/> 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="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ

# 健康診断補助金請求書

※太枠内のみご記入ください。

常務理事	事務長	課長	係長	担当者
支払予定日				

令和 6 年 5 月 1 日提出

事業所記号	9	9	9	9	組合記入欄 事業所コード
事業所名称	(株)健保企画				
事業主氏名	代表取締役 安衛 大智				
電話	045-314-1477				

内訳の記載がない場合は、内訳がわかるもの(明細書等)も添付してください。

下記のとおり健康診断を実施したので、下記添付書類を添付し、補助金を請求いたします。

添付書類： 領収書(コピー可)  同意書  問診票  
 結果報告書(コピー) ※必ず記号・番号を明記し

実費が補助金限度額を超える場合は、限度額を記入してください。

【受診者名簿】 ※請求人数が5人以上の場合は、5人目以降を別紙の【受診者名簿】に記載し、本紙に添付してください。

番号	枝番	氏名	健診種目	受診日	請求金額	組合記入欄	
1	99999	00	健保 太郎	一般健診	令和6年4月10日	8,800	
				脳検査	令和 年 月 日		
				乳房検査	令和 年 月 日		
				子宮検査	令和 年 月 日		
2	99999	01	健保 花子	人間ドック	令和6年4月15日	8,800	
				脳検査	令和6年4月15日	30,000	
				乳房検査	令和 年 月 日		
				子宮検査	令和 年 月 日		
3			一般生活ドック	令和 年 月 日			
			脳検査	令和 年 月 日			
			乳房検査	令和 年 月 日			
			子宮検査	令和 年 月 日			
4			一般・生活・ドック	令和 年 月 日			
				令和 年 月 日			
				令和 年 月 日			
				令和 年 月 日			
合計人数			2	合計金額	47,600		

Excelの場合、「4/10」と入力すると、「令和6年4月10日」と表記されます。

Excelの場合、プルダウンで選択できます。(手書きの場合は、○を付けてください。)

Excelの場合、足し算の関数が入っていますが、5人以上の申請の場合は、関数を消して、全ページの総合計を記入してください。

Excelの場合、足し算の関数が入っていますが、5人以上の申請の場合は、関数を消して、全ページの総合計を記入してください。

【振込先口座】 ※事業所(事業主)または被保険者名義の口座をご記入ください。

金融機関コード				金融機関名	口座種別	口座番号						
5	5	5	5	健全銀行	普通	5	5	5	5	5	5	5
店番号				支店名	口座名義(カタカナ)							
5	5	5		安心支店	ケンポ タロウ							

※被保険者名義の口座へ振り込みを希望する場合は、下

Excelの場合、プルダウンで選択できます。(手書きの場合は、○を付けてください。)

受付日付印

委任状	上記補助金の受領方を下記の被保険者に	
	受任者	記号一番号 : 9999 - 99999 被保険者氏名 : 健保 太郎

# 同意書

健診補助請求をするにあたり、健診申込内容や健診結果等の個人データを首都圏デジタル産業健康保険組合が生活習慣病重症化予防事業等に利用することに同意します。

首都圏デジタル産業健康保険組合 理事長殿

事業所記号	9	9	9	9
-------	---	---	---	---

	番号	枝番	氏名	住所(現住所) <small>※生活習慣病重症化予防に関するご案内等を送付する場合があります。</small>
1	9999	00	健保 太郎	〒 220 - 0004 神奈川県横浜市西区北幸〇-〇-〇
2	9999	01	健保 花子	〒 220 - 0004 神奈川県横浜市西区北幸〇-〇-〇
3				〒 -
4				〒 -
5				〒 -
6				〒 -
7				〒 -
8				〒 -
9				〒 -
10				〒 -

## 問 診 票（年度末40歳以上の方）

保 険 証			事業所名称	<b>(株)健保企画</b>						
記号	番号	枝番		フリガナ	<b>ケンボ タロウ</b>					
<b>9999</b>	<b>9999</b>	<b>00</b>	氏 名	<b>健保 太郎</b>						
生年月日	<b>昭和</b>	<b>〇〇</b> 年	<b>3</b> 月	<b>1</b> 日	年度末年齢	<b>40</b> 歳	性別	<b>男</b>	続柄	<b>本人</b>

※以下の質問に、全てお答えください。

	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="radio"/> はい <input checked="" type="radio"/> いいえ
2	b. 血糖を下げる薬又はインスリン注射	<input type="radio"/> はい <input checked="" type="radio"/> いいえ
3	c. コレステロールや中性脂肪を下げる薬	<input type="radio"/> はい <input checked="" type="radio"/> 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="radio"/> はい <input checked="" type="radio"/> 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="radio"/> はい <input checked="" type="radio"/> 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="radio"/> はい <input checked="" type="radio"/> いいえ
7	医師から、貧血と言われたことがある。	<input type="radio"/> はい <input checked="" type="radio"/> 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、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="radio"/> はい（条件1と条件2を両方満たす） <input checked="" type="radio"/> 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="radio"/> 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="radio"/> はい <input checked="" type="radio"/> 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="radio"/> はい <input type="radio"/> 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 checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> 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="radio"/> はい <input type="radio"/> 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="radio"/> 何でもかんで食べることができる <input type="radio"/> 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="radio"/> 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="radio"/> 速い <input checked="" type="radio"/> ふつう <input type="radio"/> 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 checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ
16	朝屋夕の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取していますか。	<input type="radio"/> 毎日 <input checked="" type="radio"/> 時々 <input type="radio"/> 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 checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> 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="radio"/> 毎日 <input type="radio"/> 週5～6日 <input type="radio"/> 週3～4日 <input checked="" type="radio"/> 週1～2日 <input type="radio"/> 月に1～3日 <input type="radio"/> 月に1日未満 <input type="radio"/> やめた <input type="radio"/> 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）、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350ml）	<input checked="" type="radio"/> 1合未満 <input type="radio"/> 1～2合未満 <input type="radio"/> 2～3合未満 <input type="radio"/> 3～5合未満 <input type="radio"/> 5合以上
20	睡眠で休養が十分にとれている。	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> 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="radio"/> 改善するつもりはない <input type="radio"/> 改善するつもりである（概ね6か月以内） <input type="radio"/> 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="radio"/> 既に改善に取り組んでいる（6か月未満） <input checked="" type="radio"/> 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 checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ