

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)【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。】
☐ 同意書 ☐ 問診票 ☐ 結果報告書(コピー)【必ず記号・番号・枝番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－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		
小計人数					小計金額	0	

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) ※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。
1				〒 ー
2				〒 ー
3				〒 ー
4				〒 ー
5				〒 ー
6				〒 ー
7				〒 ー
8				〒 ー
9				〒 ー
10				〒 ー

問 診 票

記号	番号	枝番	事業所名称							
			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	☐ はい ☐ いいえ
2	b. 血糖を下げる薬又はインスリン注射	☐ はい ☐ いいえ
3	c. コレステロールや中性脂肪を下げる薬	☐ はい ☐ 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。	☐ はい ☐ 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。	☐ はい ☐ 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。	☐ はい ☐ いいえ
7	医師から、貧血と言われたことがある。	☐ はい ☐ 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)	☐ 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) ☐ 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。	☐ はい ☐ 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。	☐ はい ☐ 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。	☐ はい ☐ 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。	☐ はい ☐ 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。	☐ 何でもかんで食べることができる ☐ 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 ☐ ほとんどかめない
14	人と比較して食べる速度が速い。	☐ 速い ☐ ふつう ☐ 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。	☐ はい ☐ 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。	☐ 毎日 ☐ 時々 ☐ 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。	☐ はい ☐ 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)	☐ 毎日 ☐ 週5～6日 ☐ 週3～4日 ☐ 週1～2日 ☐ 月に1～3日 ☐ 月に1日未満 ☐ やめた ☐ 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)	☐ 1合未満 ☐ 1～2合未満 ☐ 2～3合未満 ☐ 3～5合未満 ☐ 5合以上
20	睡眠で休養が十分にとれている。	☐ はい ☐ 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。	☐ 改善するつもりはない ☐ 改善するつもりである(概ね6か月以内) ☐ 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 ☐ 既に改善に取り組んでいる(6か月未満) ☐ 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。	☐ はい ☐ 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 7 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				

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)【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。】
☐ 同意書 ☐ 問診票 ☐ 結果報告書(コピー)【必ず記号

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】に記入してください。

	番号	枝番	氏名	健診種目	受診日	金額	組合記入欄
1	99999	00	健保 太郎	一般健診	令和7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7年4月15日	40,000	
				脳検査	令和7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		
				子宮検査	令和 年 月 日		
合計人数			2	合計金額		78,800	

Excelの場合、「4/10」と入力すると、
「令和7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	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								

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。)

※被保険者名義の口座へ振り込みを希望する場合は、

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	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) ※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。
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

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

※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	☐ はい ☒ いいえ
2	b. 血糖を下げる薬又はインスリン注射	☐ はい ☒ いいえ
3	c. コレステロールや中性脂肪を下げる薬	☐ はい ☒ 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。	☐ はい ☒ 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。	☐ はい ☒ 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。	☐ はい ☒ いいえ
7	医師から、貧血と言われたことがある。	☐ はい ☒ 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)	☐ 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) ☐ 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。	☐ はい ☒ 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。	☒ はい ☐ 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。	☒ はい ☐ 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。	☒ はい ☐ 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。	☒ 何でもかんで食べることができる ☐ 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 ☐ ほとんどかめない
14	人と比較して食べる速度が速い。	☐ 速い ☒ ふつう ☐ 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。	☒ はい ☐ 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。	☐ 毎日 ☒ 時々 ☐ 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。	☒ はい ☐ 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)	☐ 毎日 ☐ 週5～6日 ☐ 週3～4日 ☒ 週1～2日 ☐ 月に1～3日 ☐ 月に1日未満 ☐ やめた ☐ 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)	☒ 1合未満 ☐ 1～2合未満 ☐ 2～3合未満 ☐ 3～5合未満 ☐ 5合以上
20	睡眠で休養が十分にとれている。	☒ はい ☐ 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。	☐ 改善するつもりはない ☐ 改善するつもりである(概ね6か月以内) ☐ 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 ☐ 既に改善に取り組んでいる(6か月未満) ☒ 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。	☒ はい ☐ いいえ