

※支給決定 伺	決定金額	常務理事	事務長	課長	係長	担当者
	¥					

生活習慣病健診請求書

◎◎◎

※この請求書には領収書（内訳の記載がない場合は請求明細書も必要）
※結果報告書には必ず記号・番号を明記してください。
※印刷については必ず記号・番号を明記してください。
※結果報告書（写）・同意書・問診票を添付してください。

但し 令和 年 月 日 から
令和 年 月 日 実施の健康診断

内訳

健診機関名	健診費用（単価）	人数	合計金額	※組合記入欄

上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。

首都圏デジタル産業健康保険組合理事長殿
令和 年 月 日
事業所名称
事業主氏名

添付書類

- 領収書
- 結果報告書（写）
- 同意書
- 問診票（40歳以上の方）

※全て添付されているかご確認ください

【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。
※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。

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）	

上記補助金の受領方を下記の被保険者に委任します。

令和 年 月 日
事業所名称
事業主氏名

受付日付印

委任状

受	保険者証 記号一番号	—
任	被保険者住所	
者	被保険者氏名	

※令和5年10月振込分より『健康マイポータル』内『証明書・通知書』より支給決定通知書は確認願います。
（事業所（事業主）・任意継続被保険者支給分は除く）

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

	保険証			氏名	住所(現住所)
	記号	番号	枝番		※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					〒 —
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、「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ヶ月間も吸っている者)	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ
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"/> ぶつう <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="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	<input type="radio"/> 毎日 <input type="radio"/> 時々 <input type="radio"/> 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="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ヵ月以内) <input type="radio"/> 近いうちに(概ね1ヵ月以内)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ヵ月未満) <input type="radio"/> 既に改善に取り組んでいる(6ヵ月以上)
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="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ

※支給決定伺	決定金額	常務理事	事務長	課長	係長	担当者
	¥					

生活習慣病健診請求書

◎◎◎

※この請求書には領収書（内訳の記載がない場合は請求明細書も必要）
※結果報告書には必ず記号・番号を明記してください。
※印刷については必ず記号・番号を明記してください。
※結果報告書（写）・同意書・問診票の添付でも可）

但し

令和 年 月 日 から

令和 〇〇 年 4 月 4 日 実施の健康診断

内訳

健診機関名	健診費用（単価）	人数	合計金額	※組合記入欄
〇〇健診クリニック	20,000	1	20,000	

上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。

首都圏デジタル産業健康保険組合理事長殿

令和 〇〇 年 5 月 1 日

事業所名称 (株)健保企画

事業主氏名 代表取締役 安衛 大智

添付書類

- 領収書
- 結果報告書（写）
- 同意書
- 問診票（40歳以上の方）

※全て添付されているかご確認ください

【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。

※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。

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・当座	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	

上記補助金の受領方を下記の被保険者に委任します。

令和 〇〇 年 5 月 1 日

事業所名称 (株)健保企画

事業主氏名 代表取締役 安衛 大智

委任状

受	保険者証 記号-番号	9999 - 9999
任	被保険者住所	横浜市西区北幸〇-〇-〇
者	被保険者氏名	健保 太郎

受付日付印

※令和5年10月振込分より『健康マイポータル』内『証明書・通知書』より支給決定通知書は確認願います。
（事業所（事業主）・任意継続被保険者支給分は除く）

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

	保険証			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>
	記号	番号	枝番		
1	9999	9999	00	健保 太郎	〒 220 - 0004 神奈川県横浜市西区北幸〇-〇-〇
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	(株)健保企画				
記号	番号	枝番		ケンポ タロウ				
9999	9999	00	フリガナ	健保 太郎				
			氏 名					
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	<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、「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ヶ月間も吸っている者)	<input type="radio"/> はい <input checked="" type="radio"/> いいえ
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"/> ぶつう <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="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	<input type="radio"/> 毎日 <input checked="" type="radio"/> 時々 <input type="radio"/> 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 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ヵ月以内) <input type="radio"/> 近いうちに(概ね1ヵ月以内)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ヵ月未満) <input checked="" type="radio"/> 既に改善に取り組んでいる(6ヵ月以上)
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 checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ