JSR健康保険組合　御中

被扶養者（家族）

(D) 人間ドック・生活習慣病健診補助金申請書

※健保連契約健診機関以外で受診する場合

係	事務長	常務理事

※健診の際は、健康保険を使用できません。

申請日	西暦　　年　　月　　日

被保険者等記号・番号	記号		番号		被保険者の氏名	
被保険者の現住所	〒　　－				連絡先	内線
被保険者が勤務している事業所名称					所属テレNo.	
受診者氏名	（被保険者との続柄：　　）	受診者の生年月日	＊当年度末3月31日現在の年齢を記入して下さい 西暦　　年　　月　　日（　　歳＊）		性別	

受診状況	＊今年度（4月～翌年3月）の健康診断受診状況にチェックしてください。　＊当年度末3月31日現在で39歳以下は記入不要 ① 特定健診受診券 ☐ 受診した（受診予定）→補助金申請出来ません　☐ 受診していない（未受診予定） ② 巡回レディース健診 ☐ 受診した（受診予定）→補助金申請出来ません　☐ 受診していない（未受診予定） ③ 今回の申請以外に人間ドックまたは生活習慣病健診を ☐ 受診した（受診予定）→補助金申請出来ません　☐ 受診していない（未受診予定）
受診年月日	西暦　　年　　月　　日　　健診機関名

受診項目および窓口で支払った金額（税込）	受診した健診項目に✔	健診費用（税込）
	☐ 人間ドック　（ ☐ 日帰り ・ ☐ 1泊 ・ ☐ PET ）	円
	☐ 生活習慣病健診	円
	☐ オプション検査（　　）	円

【申請書類】

①**人間ドック・生活習慣病健診補助金申請書**

②**領収書原本**（人間ドック・生活習慣病健診など健診であることが判明できるもの）

※健診日・受診者氏名・健診名・健診費用・受診機関名・領収印が記載されていないものや原本以外は受付できませんので、ご了承ください。また、原則返却することはできません。

③**別紙「振込先指定書」**

※任意継続者のみ（在職者は給与支給するため提出不要です）

④**別紙「特定健康診査質問票」**　※人間ドック・40歳以上の生活習慣病健診受診者のみ

⑤**健診結果（数値入り）の写し**

※人間ドック・40歳以上の生活習慣病健診受診者のみ

※健診結果が年度締め（4月20日）に間に合わない場合、健診結果以外を先にご提出いただき、健診結果は届き次第、ご提出ください。

健保受付日

【注意事項】

・年度内に「人間ドック」「生活習慣病健診」「特定健診受診券（40歳以上）」「巡回レディース健診（40歳以上）」のいずれか1つを利用できます。

・原則、一部でも保険診療扱いとなった場合は、補助対象外。
事情により一部保険診療とされる場合は、事前に健保にご相談ください。

・申請前に、全額自己負担である（3割負担でない）ことを必ず「領収書」でご確認ください。

・**請求期限は、健診年度（4月～翌年3月）終了後の4月20日（休日の場合は前日）健保着分までです。**
期限を過ぎますと、受付できませんのでご注意ください。

・別紙「人間ドック等検査項目一覧」の「●＊」の項目が一つでも未受診の場合は補助対象外となります。

◎健保処理欄

	人間ドック（5-1-4-3）	円	家族：上限10,000円（税込）
	生活習慣病健診（5-1-4-1）	円	家族：上限10,000円（税込）
	健診結果（40歳以上・人間ドック・生活習慣病健診受診者）		

補助合計額
円
支払日 西暦　　年　　月　　日

（R6.12）

特定健康診査　質問票

【お願い】
この質問票は、**人間ドック、生活習慣病健診（任継・被扶養者）を40歳以上が受診された場合のみ、ご自身で記入し、申請書等と合わせて提出してください。**

記号		番号	
受診者氏名			
受診日	令和　　年　　月　　日		

	質問項目	回答（該当番号に〇）
1	現在、血圧を下げる薬を服用していますか	1. 服薬あり　2. 服薬なし
2	現在、インスリン注射または血糖を下げる薬を服用していますか	1. 服薬あり　2. 服薬なし
3	現在、コレステロールや中性脂肪を下げる薬を服用していますか	1. 服薬あり　2. 服薬なし
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	1. はい　2. 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	1. はい　2. 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	1. はい　2. いいえ
7	医師から、貧血と言われたことがありますか	1. はい　2. 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、「最近1ヶ月間吸っている者」かつ「生涯で6ヶ月間以上または合計100本以上吸っている者」	1. はい 2. 以前は吸っていたが、最近1ヶ月間は吸っていない 3. いいえ
9	20歳のときの体重から10kg以上増加していますか	1. はい　2. 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年以上実施していますか	1. はい　2. いいえ
11	日常生活において歩行または同等の身体活動を1日1時間以上実施していますか	1. はい　2. いいえ
12	同世代の同性と比較して歩く速度は速いですか	1. はい　2. 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	1. 何でもかんで食べることができる 2. 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 3. ほとんどかめない
14	人と比較して食べる速度は速いですか	1. 速い　2. ふつう　3. 遅い
15	就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ありますか	1. はい　2. 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	1. 毎日　2. 時々 3. ほとんど摂取しない
17	朝食を抜くことが週に3回以上ありますか	1. はい　2. 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	1. 毎日　2. 週5～6日 3. 週3～4日　4. 週1～2日 5. 月に1～3日 6. 月に1日未満　7. やめた 8. 飲まない（飲めない）
19	飲酒日の1日あたりの飲酒量はどれだけですか ※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. 1合未満 2. 1～2合未満 3. 2～3合未満 4. 3～5合未満 5. 5合以上
20	睡眠で休養が十分とれていますか	1 .はい　2 .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	1.改善するつもりはない 2.改善するつもりである（概ね6ヵ月以内） 3.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 4.既に改善に取り組んでいる（6ヵ月未満） 5.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、これまでに特定保健指導を受けたことがありますか	1.はい　2.いいえ

23.以下は、健診結果に記載がない場合のみ、ご記入をお願いします。

自覚症状	□あり → □なし		医師名	

（R6.4）

※任意継続者のみ提出して下さい
（在職者は給与支給するため提出不要です）

振込先指定書

被保険者の	記　号	20	番　号		被保険者の氏名	

▼補助金の振込について、下記口座へお願いします。

銀行名	□ 銀行 □ 農協 □ 信金 □ 労金 （金融機関コード:　　）	支店名	□ 本店 □ 支店 （支店コード:　　）
口座種別	□ 普通　　□ 当座	口座番号	
口座名義 （被保険者名義）	※カタカナでご記入ください		

（注意）

1.振込先は、**被保険者名義**の金融機関（銀行・信金・農協・労金）を指定してください。

2.口座名義は**カタカナ**で記入してください。