

事業所用人間ドック等利用補助金請求書

事業所名						
被 記 号	保 険 者 番 号	被 保 険 者 名	健 診 受 診 者 名	続 柄	健 診 の 区 別	健 診 費 用 総 額

上記のとおり健康診断を受診したので補助金を請求します。

年 月 日

大阪自転車健康保険組合理事長 殿

事業所名

所在地

事業主名

振 込 先	金融機関名	銀行	支店
	フリガナ 口座名義人		
	口座番号	普通・当座 No.	

- ① 補助金を請求する場合は、健康診断の結果の写し及び領収書の写しを必ず添付してください。
- ② 健康診断の結果に別紙添付の特定健康診査標準的質問票がない場合別紙質問票を添付してください。

個人単位人間ドック等利用補助金請求書

健康保険被保険証の		
記号	番号	
事業所名		
被 保 険 者	氏名	
	住所	〒 Tel ()
受 診 者	氏名	
	生年月日	昭和 年 月 日生 歳
	続柄	備考
健 診 内 容	受診機関の名称	
	所在地	
	受診年月日	年 月 日受診
	健診の種別	人間ドック・生活習慣病・その他 ()
	健診費用	円
振 込 先	金融機関名	銀行 支店
	フリガナ 口座名義人	振込口座は必ず 被保険者名義で お願いします。
	口座番号	普通・貯蓄 No.

上記のとおり健康診断を受診したので補助金を請求します。

年 月 日

大阪自転車健康保険組合理事長 殿

【注】

- ① 補助金を請求する場合は、健康診断の結果の写し及び領収書の写しを必ず添付してください。
- ② 健康診断の結果に別紙添付の特定健康診査標準的質問票がない場合別紙質問票を添付してください。

特 定 健 康 診 査 質 問 票

(記入日) 年 月 日

(健診日) 西暦 年 月 日

(下記のいずれかに○をお付けください。)

被保険者証	記号	番号	
受診者氏名			男・女
生年月日	昭和	年	月 日 歳

1	血圧を下げる薬をのんでいますか。	① はい ② いいえ	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
2	インスリン注射又は血糖を下げる薬をのんでいますか。	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が、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)
3	コレステロールや中性脂肪を下げる薬をのんでいますか。	① はい ② 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。	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	19	飲酒日の1日当たりの飲酒量はどのくらいですか。 日本酒1合(15度180ml)の目安: ビール(5度500ml)、焼酎(25度110ml)、ワイン(14度180ml)ウイスキー(43度60ml)、缶チューハイ(5度500ml、7度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
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、貧血といわれたことがありますか。	① はい ② いいえ	20	睡眠で休養が十分とれていますか。	① はい ② いいえ
8	現在、煙草を習慣的に吸っていますか。「習慣的」とは、⑦最近1か月間吸っており、かつ、⑧生涯6か月以上吸っている又は合計100本以上吸っている	① はい(⑦⑧両方を満たす) ② 最近1か月は吸っていない(⑧のみ満たす) ③ いいえ(①②以外)			
9	20歳の時の体重から10kg以上増加していますか。	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せんか。	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か月以内) ③ 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 ④ 既に改善に取り組んでいる(6か月未満) ⑤ 既に改善に取り組んでいる(6か月以上)
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又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	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速いですか。	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 なんでもかんで食べることができる ② かみあわせが気になり、かみにくい。 ③ ほとんどかめない	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
14	人と比較して食べる速度が速いですか。	① 速い ② ふつう ③ 遅い	23	今までにかかった病気がありますか。(既往歴)	① あり() ② なし
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	24	自分の体調が最近不調だと感じたことがありますか(自覚症状)	① あり() ② なし
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 ととき ③ ほとんどない	25	他覚症状はありますか	① あり() ② なし