3	1	0	1

被保険者・被扶養者記入用

常務理事	事務長	課長	係員

健康診断部門　補助金支給申請書

①申請者（受診者）情報	被保険者証等	記号	番号	生年月日	
				昭和 平成	
	氏名	（フリガナ）			
	住所	（〒　　-　　）			
	電話番号	TEL　　（　　）			

②被保険者名義の振込先口座	金融機関名称 支店名	金融機関コード（　　）	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他（　　）	店番（　　）	本店 支店 その他（　　）
	預金種別	普通 当座	口座番号		左づめでご記入ください
	口座名義	▼カタカナで記入してください			

③受診項目情報	受診日	令和　　年　　月　　日	
	受診医療（健診）機関名		
	補助金支給申請を行う、項目に○をつけてください	特定健康診査 人間ドックAコース　人間ドックBコース ↓ 別紙「標準的な質問票」の添付が必要です	脳ドック　前立腺がん　子宮がん 乳がん（マンモグラフィ） 禁煙外来受診 禁煙補助剤購入

（注）健診結果はすべてのページの写しの添付が必要です

＊記入上の注意

- ①②③の項目はすべてご記入ください。
- 申請には、本申請書・健診結果（写）・領収書・標準的な質問票の添付が必要です。
- 振込先は被保険者名義の口座のみです。
- 支払われる補助金は検査内容等により減額が行われる場合があります。
- 各項目の補助対象者・対象年齢は当組合ＷＥＢサイトを参照してください。
- 補助可能受診期間は4月１日～翌年２月末日まで。3月の健診受診分は補助対象外です。
- **当年度に実施した補助金の申請期限は、当年度３月31日組合必着です。期限を過ぎたご申請につきましてはお支払できかねますので、ご注意ください。**
- **補助は年度内（4月～翌年2月末）1回のみです。ただし、脳ドックは2年度内１回。年２回以上補助を受けた場合は、補助金を返納いただく場合があります。**

受付日付印

―――― 組合使用欄 ――――

愛知県医療健康保険組合

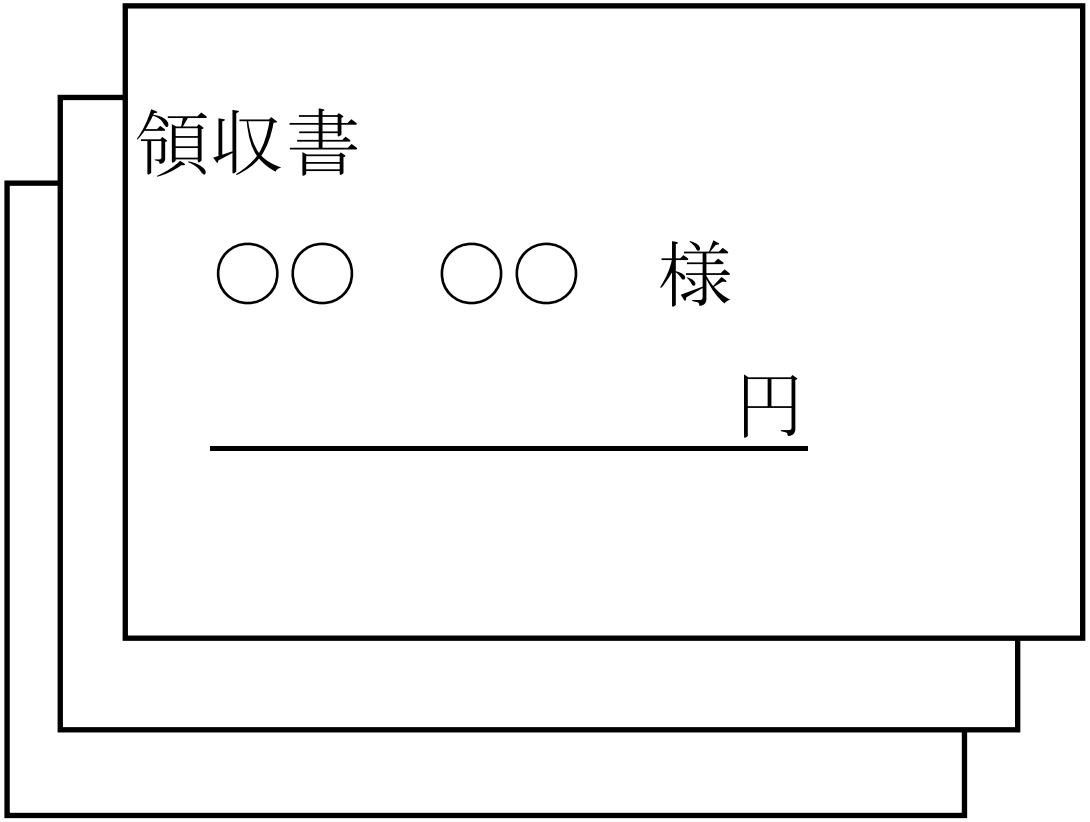
標　準　的　な　質　問　票

被保険者証等　記号番号										氏　　名	
記　号				番　号						フリガナ	
										漢字	

質　問　項　目			回　答
1～3		現在、aからcの薬の使用の有無	
必須項目	1	a．血圧を下げる薬を飲んでいる	□ はい　□ いいえ
必須項目	2	b．インスリン注射又は血糖を下げる薬を飲んでいる	□ はい　□ いいえ
必須項目	3	c．コレステロールを下げる薬を飲んでいる	□ 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、慢性の腎不全にかかっているといわれたり、治療（人工透析）を受けたことがありますか	□ はい　□ いいえ
7		医師から、貧血といわれたことがある	□ はい　□ いいえ
必須項目	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、「①現在までに合計100本以上 ②6ヶ月以上吸っている者」であり、最近1か月間も吸っている者）	□ はい（①②両方の条件を満たす） □ 以前は吸っていたが、最近一か月は吸っていない □ いいえ
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とき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。	□ 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（清酒、焼酎、ビール、洋酒など）を飲む頻度	□ 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
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（60ｍｌ）、ワイン（180ｍｌ）、缶チューハイ（500ml）	□ 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		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

＊すべての質問にご回答ください。

領収書貼り付け用紙



申請対象者様の領収書（コピー可）を図のような方法で貼り付けお願いします。

複数まとめてA4サイズにコピーした場合は貼り付け不要です、そのままの状態でご提出ください。

領収書が複数ある場合は、少しずらして貼付いただけると幸いです。