

エーザイ健康保険組合  
理事長 殿

節目人間ドック費用補助申請書

申請日	年 月 日		* 補助額欄を除く太枠内に記入してください			
保険証 記号・番号	記号 番号	所属 事業所		組織 略号		
被保険者氏名 (社員氏名)			受診日	年 月 日		
医療機関名						
検査費用		円	補助額		円	

◆ 支払方法

補助金は事業主(会社)を通じ、給与支給時にお支払いさせていただきます。

◆ 添付するもの

- \* 領収書の原本
- \* 医療機関発行の検査結果表のコピー
- \* **健診アンケート(裏面がアンケートです。必ず記入の上、提出ください。)**  
アンケートの記入がない場合、費用精算ができません。  
(医療機関で同様のアンケートを実施している場合は、そのコピーでも可)

健保受付印

◆ 補助金について

- \* 70,000円までの実費(上期のみ適用)
- ただし、健康保険証を使用して受診した分は対象外です

**必ず裏面のアンケートを記入ください。(医療機関で同様のアンケートを実施している場合は、そのコピーでも可)**

承認欄			
常務理事	事務長	経理	担当

＜被保険者用＞		健診アンケート		エーザイ健康保険組合	
保険証記号番号	—	事業所			
フリガナ		所属			
氏名	(男・女)		受診日	令和	年 月 日
生年月日	S・H	年 月 日	( 歳 )		

◆生活習慣について該当するものに○を記入ください。

1	現在、aからcの薬の使用の有無	11	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
	a. 血圧を下げる薬 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ b. インスリン注射または血糖を下げる薬 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ c. コレステロールを下げる薬 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		<input type="checkbox"/> ① 何でもかんで食べることが出来る <input type="checkbox"/> ② 歯や歯ぐき、かみ合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="checkbox"/> ③ ほとんどかめない
2	医師から、脳卒中（脳出血や脳梗塞等）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	12	人と比較して食べる速度が速い <input type="checkbox"/> 速い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 遅い
	医師から、心臓病（狭心症や心筋梗塞等）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	13	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="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3	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）を受けたことがありますか	14	夕食後に間食（3食以外の夜食）をとることが週に3回以上ある <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	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）を受けたことがありますか	15	朝食を抜くことが週に3回以上ある <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
4	医師から貧血といわれたことがありますか	16	お酒（清酒、焼酎、ビール、洋酒等）を飲む頻度 <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ほとんど飲まない
	現在たばこを習慣的に吸っていますか （「習慣的に喫煙している目安」とは「合計100本以上、または6か月以上吸っている」かつ最近1か月間吸っている）	17	飲酒日の1日あたりの飲酒量 [清酒1合（180cc）＝ビール中（500cc）＝焼酎35度（80cc）＝ウイスキー（60cc）＝ワイン2杯（240cc）] <input type="checkbox"/> 1合未満 <input type="checkbox"/> 1～2合 <input type="checkbox"/> 2～3合 <input type="checkbox"/> 3合以上
5	20歳のころより体重は10kg増えた	18	睡眠で休養が十分とれている。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2回以上、1年以上実施している	19	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="checkbox"/> 改善するつもりはない <input type="checkbox"/> 改善するつもりである <input type="checkbox"/> 近いうちに改善するつもりであり、少しずつ始めている <input type="checkbox"/> すでに改善に取り組んでいる（6ヶ月未満） <input type="checkbox"/> すでに改善に取り組んでいる（6ヶ月以上）
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る	20		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="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
6	ほぼ同じ年齢の同姓と比較して、歩く速度は速い <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		

◆個人情報の取り扱いについて

健康診断結果及びこの質問票に記入いただいた個人情報は、特定健診ならびに特定保健指導のために利用します。健康診断の受診によって得た情報は個人情報として取り扱い、上記の使用目的以外には使用いたしません。