

本人用

エーザイ健康保険組合
理事長 殿

健康診断費用補助申請書

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		被保険者氏名 (社員氏名)			
所属 事業所名	所属 (略号)		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)
- ◆ 補助金について
 - * 25,000円までの実費
 - ただし、下記に該当する場合、それぞれの限度額内で実費をプラスして補助いたします。
 - ・ 50歳以上で前立腺がん検査(PSA)を受けられた方・・・2,000円まで
 - ・ 乳房超音波検査またはマンモグラフィ検査を受けられた方・・・5,000円まで
 - ・ 子宮細胞診検査(自己採取法)を受けられた方・・・3,500円まで
 - ※**胃部内視鏡検査は補助対象外です。**

健保受付印

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)

----- 健保使用欄(下記には記入しないでください) -----

前立腺		子宮細胞診	
受けた	受けない	受けた	受けない

乳房超音波		マンモグラフィ	
受けた	受けない	受けた	受けない

◆乳房検査はいずれか一方の分だけ

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チェック(✓)を記入してください。

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		<input type="checkbox"/> ① 何でもかんで食べることが出来る
2	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	12	<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
	c. コレステロールや中性脂肪を下げる薬 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		<input type="checkbox"/> ③ ほとんどかめない
3	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。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	13	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。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		14 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
4	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)を受けたことがありますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	15	14 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="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	医師から貧血といわれたことがありますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		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
5	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、条件1と条件2を両方満たすものである。 条件1：最近1ヶ月間吸っている 条件2：生涯で6ヶ月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている	16	お酒(日本酒、焼酎、ビール、洋酒等)を飲む頻度はどれくらいですか。 (※「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)
	<input type="checkbox"/> ① はい(条件1と2を両方満たす) <input type="checkbox"/> ② 以前は吸っていたが、最近1ヶ月間は吸っていない。(条件2のみ満たす) <input type="checkbox"/> ③ いいえ(①②以外)		<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週5~6日 <input type="checkbox"/> 週3~4日 <input type="checkbox"/> 週1~2日 <input type="checkbox"/> 月1~3日 <input type="checkbox"/> 月1日未満 <input type="checkbox"/> やめた <input type="checkbox"/> 飲まない(飲めない)
6	20歳のころより体重は10kg以上増えた。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	17	飲酒日の1日当たりの飲酒量 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・350ml)
	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。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		<input type="checkbox"/> 1合未満 <input type="checkbox"/> 1~2合未満 <input type="checkbox"/> 2~3合未満 <input type="checkbox"/> 3~5合未満 <input type="checkbox"/> 5合以上
7	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。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	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
	ほぼ同じ年齢の同姓と比較して、歩く速度が速い。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		20 生活習慣の改善について、これまでに <input type="checkbox"/> はい 特定保健指導を受けたことがありますか。 <input type="checkbox"/> いいえ
8	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。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	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
	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。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		<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)

◆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。