

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○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
	3	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
4		医師から、慢性腎臓病や腎不全にかかっていると	14
	5	いわれたり、治療（人工透析）を受けたことがありますか	15
6		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	16
	7	現在たばこを習慣的に吸っていますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ （「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
8		20歳のころより体重は10kg増えた <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	18
	9	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
10		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	
	10	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。