

家族用

エーザイ健康保険組合
理事長 殿

家族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)			
被保険者(社員) 事業所名			被保険者(社員) 所 属		
受診者氏名 (ご本人氏名)			続柄	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
* **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
・ 40歳以上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

承認欄			
常務理事	事務長	経理	担当

◆ 乳房検査はいずれか一方の分だけ

<家族用>		健診アンケート		エーザイ健康保険組合	
保険証記号番号	—	被保険者（社員）フリガナ			
本人フリガナ		被保険者（社員）氏名			
本人氏名		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
5	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	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
6	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	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
	7	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
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 <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）
	9		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	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

◆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。