

任意継続
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 9999	被保険者氏名					
			受診日	年 月 日			
医療機関名							
検査費用		円	補助額	円			
※ 振 込 先	口座名義 (被保険者名義のもの)	フリガナ					
	金融機関名 (ゆうちょ銀行以外)	銀行 信組	信金 農協	支店 名	本店 支店 出張所		
	口座番号 (右詰で記入)	普通 口座					
	ゆうちょ 銀行	記号 番号	1			0	

※記入不要:原則、加入時に登録いただいた金融機関の口座に振り込みます。
当該口座が利用できない場合のみご記入ください。

◆ 添付するもの

- * 領収書の原本(宛名は必ず受診者個人名であること)
- * 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
- ・ 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

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

<任意継続被保険者用>

健診アンケート（任意継続）

エーザイ健康保険組合

保険証記号番号	—			フリガナ				
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		<input type="checkbox"/> ① 何でもかんで食べることが出来る
	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		<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
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 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	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
		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、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	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
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）を受け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
		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
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	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
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）		
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	睡眠で休養が十分とれている。 <input type="checkbox"/> はい <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
			<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
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		<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）
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。