

# 人間ドック・脳ドック 補助申請書

注意：補助の対象となる受診期間は4月1日より翌年2月末です。  
締切は9月20日、12月20日、年度最終3月20日**必着**です  
3月の受診や年度を超えての補助申請はできません。  
受診後の再検査・受診勧奨等医師の指示には必ず従ってください。

年 月 日

下記の通り受診による補助の申請をいたします。

## 記

1. 受診年月日 年 月 日
2. 受診医療機関 \_\_\_\_\_
3. 受診者名 被保険者証 記号 番号 \_\_\_\_\_  
(フリガナ) (自署の場合は捺印不要)
- 被保険者名 ⑩ \_\_\_\_\_
- 被保険者住所 \_\_\_\_\_
- 受診者名 \_\_\_\_\_

添付書類チェックリスト (すべて添付してください)	チェック
領収書 (原本)	<input type="checkbox"/>
人間ドック・脳ドック結果表 (コピー)	<input type="checkbox"/>
問診票	<input type="checkbox"/>

(お願い) 特定健診データを入力するために必要ですので、別紙問診票は必ず記入してください。

任意継続被保険者およびその被扶養者は加入時に申請のあった口座に振り込みます

それ以外の方は事業所振り込みとなりますので支払方法等については事業所担当者にお尋ねください

取得しました個人情報 は 保健事業のみに使用しそれ以外の目的で使用したり第三者に提供したりすることは一切ありませんのでご了解ください。

レイズネクスト健康保険組合

支給決定欄	常務理事	係	本人負担額	円
			健保補助額	円

# 問 診 票

被保険者証 記号

番号

氏名

項番	質 問 事 項	回 答
	現在、a から c の薬を使用していますか	
1	a. 血圧を下げる薬	① はい ② いいえ
2	b. 血糖を下げる薬	① はい ② いいえ
3	c. コレステロールや中性脂肪を下げる薬	① はい ② いいえ
4	医師から、脳卒中(脳出血、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	① はい ② いいえ
5	医師から、心臓病(狭心症、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	① はい ② いいえ
6	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)を受けていますか	① はい ② いいえ
7	医師から貧血と言われたことがありますか	① はい ② いいえ
8	現在、タバコ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、「合計 100 本以上、6 ヶ月以上吸っている者」であり、最近 1 カ月間も吸っている者)	① はい ② いいえ
9	20 歳の時の体重から、10Kg 以上増加していますか	① はい ② いいえ
10	1 回 30 分以上の軽く汗をかく運動を週 2 回以上、1 年以上実施していますか	① はい ② いいえ
11	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ますか	① はい ② いいえ
12	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速いですか	① はい ② いいえ
13	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	① 何でもかんで食べることができる ② 歯や歯ぐき、かみあわせなど気になる部分があり、かみにくいことがある ③ ほとんど噛めない
14	人と比較して食べる速度が速いですか	① 早い ② ふつう ③ 遅い
15	就寝前の 2 時間以内に夕食をとることが週に 3 回以上ありますか	① はい ② いいえ
16	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	① 毎日 ② 時々 ③ ほとんど摂取しない
17	朝食を抜くことが週に 3 回以上ありますか	① はい ② いいえ
18	お酒(日本酒・焼酎・ビール・洋酒など)を飲む頻度	① 毎日 ② 時々 ③ ほとんど飲まない(飲めない)
19	飲酒日の 1 日当たりの飲酒量 日本酒 1 合(180ml)の目安:ビール 500ml、焼酎(25 度)110ml ウイスキーダブル 1 杯(60ml)、ワイン 2 杯(240ml)	① 1 合未満 ② 1~2 合未満 ③ 2~3 合未満 ④ 3 合以上
20	睡眠で休養が十分にとれていますか	① はい ② いいえ
21	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	① 改善するつもりはない ② 改善するつもりである(概ね 6 ヶ月未満) ③ 既に改善に取り組んでいる(6 ヶ月未満) ④ 既に改善に取り組んでいる(6 ヶ月以上)
22	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	① はい ② いいえ