

人間ドック ・ 脳ドック 補助申請書

《注意事項》・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。

申請日： 年 月 日

被保険者 (従業員本人)	保険証記号		保険証番号	
	(フリガナ) 氏名	(自署の場合は捺印不要) 印		
受診者	(フリガナ) 氏名			続柄
	生年月日	(西暦)	年 月 日	年齢 歳
	住所	〒		
	TEL	— —		
	メールアドレス	@		
	受診年月日	(西暦)	年 月 日	
	受診医療機関			
	申請種類	・人間ドック ・脳ドック ・脳ドック単体		

* 提出前チェックリスト(添付・記入漏れがないか必ずチェックしてください)	受診者	健保 使用欄
・領収書(原本)は添付していますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・結果表一式(コピー)は添付していますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・添付の結果に下記の項目が すべて 含まれていますか(脳ドック単体の方は不要) 【必須項目】※判定ではなく健診結果の数値が必要です。 問診・身体測定(腹囲含む)・診察・血圧・血液検査(脂質・肝機能・糖)・尿検査・(脳ドック)脳MRI および脳MRA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・問診票は添付されていますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・ネットワーク健診を利用していませんか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・(被扶養者)健保から送付された特定健診受診券、巡回健診を別途利用していませんか ※重複受診は補助対象外となります	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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承ください。
- * 記入いただいた住所・電話番号・メールアドレスは特定保健指導対象者となった場合に利用することがありますのでご了承ください。

レイズネクスト健康保険組合

***** 健保記入欄(以下は記入しないでください) *****

支給決定欄	常務理事	事務長	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、条件 1 と条件 2 を両方満たすものである。 条件 1: 最近 1 か月間吸っている条件 条件 2: 障害で 6 か月間以上吸っている、又は 100 本以上吸っている	① はい ② 以前は吸っていたが、最近 1 か月間は吸っていない ③ 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 速い 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	① 毎日 ② 週 5~6 回 ③ 週 3~4 回 ④ 週 1~2 回 ⑤ 月に 1~3 回 ⑥ 月に 1 日未満 ⑦ やめた ⑧ 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(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・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・約 350ml)	① 1 合未満 ② 1~2 合未満 ③ 2~3 合未満 ④ 3~5 合未満 ⑤ 5 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えますか	① 意思なし ② 意思あり(6 か月以内) ③ 意志あり(近いうち) ④ 取組済み(6 か月未満) ⑤ 取組済み(6 か月以上)
22	生活習慣の改善について、これまで特定保健指導を受けたことがありますか	① はい ② いいえ