

三陽商会健康保険組合立替払い健診費用請求書

金額			千			円
----	--	--	---	--	--	---

保険証記号番号	—	受診者氏名	Ⓜ
生年月日	昭和・平成 年 月 日	続柄	本人・家族
勤務先電話番号		受診年月日	令和 年 月 日

振 込 先	銀行名	銀行							支店
	口座番号	普通・総合							
	フリガナ								
	名 義								

請求について

- ・40歳以上の方は受診する健診に特定健康診査の項目が含まれているかどうか必ず健診機関に確認してください。
- ・生活習慣病健診、人間ドックは特定健康診査を含むものとしますので、必ず実施している健診（医療）機関で受診してください。
- ・4月1日～翌年3月31日を1年とし、その年度内に達する年齢で年1回の受診となります。
- ・この用紙は1名につき1枚提出してください。振込先は被保険者（本人）名義をご記入ください。
- ・健診機関に支払った「領収書原本（レシート不可）」および「健診結果（コピー可）」を添付してください。基本健診を受診した方は「問診票（特定健康診査）」も添付してください。
- ・領収書は会社名、受診者氏名、健診項目が明記されたものであること。また、請求する健診項目ごとに金額がわかるように発行してもらってください。人間ドックの基本項目にPSA検査が入っている場合は、前立腺検査補助対象外となります。
例）㈱三陽商会 ○○○○様 人間ドックとして○○円（内訳）人間ドック○○円、乳がん検診○○円、子宮頸がん検診○○円
- ・原則として20日締め月の月末支払いとなりますが、余裕をもってご提出ください。振込みは通帳記帳にてご確認ください。
- ・年度事業につき請求書は当該年度の翌年4月20日までにお送りください。
- ・保険診療でおこなった検査は健康診断とは認められませんのでお支払いできません。また組合で補助をしていない検査についてもお支払いできません。

必 読「個人情報（健診結果）の利用目的について」

当健康保険組合の生活習慣病、人間ドックは事業主が実施する法定健診を兼ねておりますので、受診者が本人の場合、事業主に全結果を開示することがあります。また、特定保健指導等は勤務時間中に行う場合があるため、業務上の配慮を得るため特定保健指導の対象者を総務部長に連絡することがあります。この件について疑義のある方はあらかじめお申し出ください。

健診項目		対象年齢	補助金限度額	注意事項
定期健康診断		35歳未満	9,000円	労働安全衛生法に基づく内容。
生活習慣病健診		35歳以上	12,000円	労働安全衛生法に基づく内容、腹囲・LDL-コレステロール・HbA1c・心電図検査を実施すること。40歳以上は特定健康診査項目を満たすこと。
人間ドック		35歳以上	35,000円※	胃部、大腸、腹部超音波を含んだ総合健診とする。40歳以上は特定健康診査項目を満たすこと。※H30年度より3,000円引き下げられました
オプション検査	①胃部検診	35歳以上	13,000円	がん検診は定期健診、生活習慣病健診、人間ドックのオプション検診として受診をすること。 ①胃部X線または胃カメラ ②便潜血反応 ③腎臓・肝臓・膵臓・脾臓・胆嚢（エコー） ④マンモグラフィまたはエコー（超音波）のいずれかの検査とし、視触診の有無は問わない。 ⑤内診・子宮細胞診 ⑥PSA検査（血液による）※R元年度より基本検査に含まれる場合は対象外 ①②③は生活習慣病健診のオプションです
	②大腸がん検診	35歳以上	2,500円	
	③腹部超音波検診	35歳以上	5,500円	
	④乳がん検診	30歳以上	5,000円	
	⑤子宮頸がん検診	30歳以上	5,000円	
	⑥前立腺検査	50歳以上	3,000円	

標準的な質問票

定期健診、生活習慣病健診、人間ドックの請求をする方はご記入ください。

健診結果に同様の問診が印字されている場合には提出不要です。

保険証記号番号	氏 名	続柄	性別	年齢
—		本人・家族	男・女	歳

該当する項目に☑をつけてください

1.	現在、a から c の薬を服用又は使用している	a. 血圧を下げる薬	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
2.		b. 血糖を下げる薬又はインスリン注射	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
3.		c. コレステロールや中性脂肪を下げる薬	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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。		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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。		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
6.	医師から、慢性腎不全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。		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
7.	医師から貧血と言われたことがある。		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
8.	現在、たばこ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 を両方満たす者である。 条件 1：最近 1 か月間吸っている 条件 2：生涯で 6 か月間以上吸っている、又は合計 100 本以上吸っている		<input type="checkbox"/> はい（条件 1 と条件 2 を両方満たす） <input type="checkbox"/> 以前は吸っていたが最近 1 か月間は吸っていない（条件 2 のみ満たす） <input type="checkbox"/> いいえ（上記以外）	
9.	20 歳の時の体重から 10kg 以上増加している。		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
10.	1 回 30 分以上の軽く汗をかく運動を週 2 日以上、1 年以上実施		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
11.	日常生活において歩行又は同等の身体活動を 1 日 1 時間以上実施		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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。		<input type="checkbox"/> 何でもかんで食べることができる <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> ほとんどかめない	
14.	人と比較して食べる速度が速い。		<input type="checkbox"/> 速い	<input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 遅い
15.	就寝前の 2 時間以内に夕食を取ることが週 3 回以上ある。		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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。		<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ほとんど摂取しない	
17.	朝食を抜くことが週に 3 回以上ある。		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
18.	お酒（日本酒、焼酎、ビール、洋酒など）を飲む頻度はどのくらいですか。 ※「やめた」とは、過去 1 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		<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 月に 1～3 日 <input type="checkbox"/> 週 5～6 日 <input type="checkbox"/> 月に 1 日未満 <input type="checkbox"/> 週 3～4 日 <input type="checkbox"/> やめた <input type="checkbox"/> 週 1～2 日 <input type="checkbox"/> 飲まない（飲めない）	
19.	飲酒日の 1 日あたりの飲酒量 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・約 110ml）、ワイン（同 14 度・約 180ml）、ウィスキー（同 43 度・60ml）、缶チューハイ（同 5 度・約 500ml、同 7 度・約 350ml）		<input type="checkbox"/> 1 合未満 <input type="checkbox"/> 3～5 合未満 <input type="checkbox"/> 1～2 合未満 <input type="checkbox"/> 5 合以上 <input type="checkbox"/> 2～3 合未満	
20.	睡眠で休養が十分とれている。		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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すか		<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（概ね 6 ヶ月以内） <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"/> 既に改善に取り組んでいる（6 ヶ月未満） <input type="checkbox"/> 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、これまでに特定保健指導を受けたことがありますか。		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

個人情報の取り扱いについて

この問診で収集した情報は特定健診、保健指導の目的で使用いたします。これ以外の目的で使用することはありません。収集した個人情報には厳重に管理いたします。