

立替受診者専用

立替払い健診費用請求書

実費が補助金限度額を超える場合は限度額を記入してください

例) ドック 40,000円
乳がん 3,500円
子宮がん 5,500円
だった場合は
35,000円(限度額)
3,500円(実費)
5,000円(限度額)
計 43,500円
になります。

			千			円
	4	3	5	0	0	

保険証記号番号 1 - 33333
生年月日 昭和・平成 XX年XX月XX日
日中連絡可能な電話番号 XXX-XXXX-XXXX

受診者氏名 三陽 華子
続柄 本人・家族
受診年月日 令和 XX年XX月XX日

振込	銀行名	〇〇〇	銀行	△△△	支店				
	口座番号	普通・総合	1	2	3	4	5	6	7
		サンヨウ ハナコ							
		三陽 華子							

前立腺検査(PSA検査)は、ドックの基本項目に含まれておらず、オプション検査として受診した場合のみ補助の対象となります。

ご家族分の請求でも振込先は本人名義です

請求について

- ・40歳以上の方は受診する健診(定期健診、生活習慣病健診、人間ドック)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。
- ・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。
- ・領収書は受診者氏名、健診項目が明記されたものであること、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検査が含まれている場合は、基本項目に含むため前立腺検査としては補助対象外となります。

例) 〇〇〇〇様 人間ドックとして〇〇円 (内訳) 人間ドック〇〇円、乳がん検診〇〇円、子宮頸がん検診〇〇円

- ・原則として20日締めのみ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。また健康保険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。

事業主(本人)	定期健診	全年齢対象	事業主が全額負担	労働安全衛生法に基づく内容 「立替払い」は近くに契約健診機関がない場合等、やむを得ない状況に限ります	
健康保険組合(本人・家族)	健診項目	対象年齢	補助金限度額	注意事項	
	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	
	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。(家族は35歳以上) ⑤内診・子宮細胞診(家族は35歳以上) ⑥PSA検査(血液による) ※人間ドックの基本項目に含まれる場合は対象外
		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
1 - 33333	三 陽 華 子	本人・家族	男・女	XX 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> いいえ
7.	医師から貧血と言われたことがある。		<input checked="" 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 checked="" 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）
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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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）、ウイスキー（同43度・60ml）、缶チューハイ（同5度・約500ml、同7度・約350ml）		<input checked="" 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 checked="" 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（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 checked="" 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 checked="" 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。収集した個人情報は厳重に管理いたします。