

健保健診 補助金申請書

提出先: ワールド健康保険組合

記入日: 年 月 日

| | | | | |
|-----------------|-----|----|---------------|---|
| 保険証No. | 記号 | 番号 | 個人情報の お取扱い | <input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない <input type="checkbox"/> 一部不同意 ※同意の無い場合、補助金のお支払ができません |
| 被保険者氏名 (受診者) | (印) | | | |
| 連絡先電話番号 | - | - | 生年月日 | 西暦 年 月 日 |

| | | | |
|---------------|-------------|-------------------|--------|
| 被保険者 振込口座名 | カカナでご記入ください | 種別 | 普通 () |
| | | 振込口座番号 (右詰め記入) | |
| 銀行名 | フリガナ | 支店名 | フリガナ |
| | | | |

| 申請する 補助金の種類 | 申請する ものに○ | 健診(検診)の種類 | 対象者 | 補助金額(上限) |
|--|--------------------------|-----------|-------------------------------|---------------------------------|
| ※がん検診の受診対象は、2019年12月31日時点と受診当日にワールド健保加入者です | <input type="checkbox"/> | 基本健診 | 全員(40歳以上の方は特定健診項目を必ず受診してください) | ¥10,000 |
| | <input type="checkbox"/> | 胃がん | 35歳以上の男女 | 合算¥5,000 |
| | <input type="checkbox"/> | 大腸がん | 40歳以上の男女 | |
| | <input type="checkbox"/> | 子宮がん | 20歳以上の偶数歳女性 | ¥5,000 |
| | <input type="checkbox"/> | 乳がん | 30歳以上の女性 | 30代・50代以上 ¥6,000 40代 ¥10,000 |

| | |
|--|---|
| ご注意ください | 提出物(返却不可) ※揃っているかご確認ください |
| <ul style="list-style-type: none"> ■ 受診期限: 2020年12月31日 ■ 提出期限: 2021年1月29日(健保必着) ■ 「補助金」の申請は、当年の受診が全て済んだ後、年1回提出してください。 ■ 会社の健康診断の対象となる方は、対象外です。重複や未加入での受診が判明した場合は健保健診およびがん検診の費用を返還いただきます。 | <input type="checkbox"/> 補助金申請書(捺印) <input type="checkbox"/> 健診結果票(コピー可) <input type="checkbox"/> 領収書原本(内訳がわかるもの) <input type="checkbox"/> 問診票(全員) |

【個人情報のお取扱いについて】※同意された方は、必ず上記同意欄にご記入ください。

| |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. 健保健診補助金制度における個人情報は、当組合の個人情報保護方針(http://www.world-kenpo.com/)に基づき、安全かつ厳密に管理します。 2. 健保健診補助金制度は被保険者の皆様の健康の保持・増進と、高齢者の医療の確保に関する法律に基づき、39歳以上の皆様に対し特定健診を実施するために行い、健診結果情報については、個別相談や結果分析による今後の保健事業に利用します。 3. 補助金申請書にご記入された個人情報は、補助金支払処理に用います。また、添付された健診結果のうち、特定健診項目については法令に基づき集計データを国に報告します。尚、不明な点については当組合から連絡する場合があります。 4. 上記2.3.以外の目的で個人情報を利用することや、第三者提供を行うことは一切ありません。 5. 健診結果データの入力及び集計は、当組合と個人情報保護の契約を締結した業者に委託することがあります。尚、当組合は業務委託先が個人情報を適切に運営管理しているかどうかを監督します。 6. 補助金申請書の提出は任意ですが、必要事項を記入されなかった場合や、健診結果票のコピー・領収書(原本)・問診票を添付されなかった場合、支払い処理をいたしかねますのでご了承ください。 7. 提出された補助金申請書類一式は、当組合の規定により5年間保管した後、適切に処分します。 8. 個人情報の取扱いについての問合せ、開示等の請求先 個人情報保護管理者: ワールド健康保険組合 常務理事 個人情報相談窓口: 電話 078-302-8185 ※同意しがたい事項がある場合は、個人情報相談窓口にお申し出ください。また、同意の後、不同意の表明が可能です。 |
|---|

健保記入欄

| | | | | | | |
|---|---|-----------------------------------|------|-----|-----|----|
| <input type="checkbox"/> 健診結果 <input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> 問診票 <input type="checkbox"/> 特定健診対象者 | 受診項目(金額は上限) <input type="checkbox"/> ¥10,000(基本・特定) <input type="checkbox"/> ¥5,000(胃 35歳~) (大腸 40歳~) <input type="checkbox"/> ¥5,000(子宮 20歳~偶) <input type="checkbox"/> ¥6,000(乳 30代・50代以上) ¥10,000(乳 40代) | 支給額 ¥ ※うち特定健診費用 (¥) | 常務理事 | 事務長 | 担当者 | 経理 |
|---|---|-----------------------------------|------|-----|-----|----|

健保健診 結果票

※補助金申請には健診結果票の提出が必須です。「病院の結果票」「健保健診結果票」のいずれかを提出ください。

| | | | | | | | | | | |
|----|--|----|--|----|-----|-------|----|---|---|------|
| 対象 | | 記号 | | 番号 | | 健診年月日 | 西暦 | 年 | 月 | 日 |
| 氏名 | | | | 性別 | 男・女 | 生年月日 | 西暦 | 年 | 月 | 日(歳) |

医療機関様：この用紙「健保健診結果票」の記入に費用が発生する場合は、この用紙を使わず「病院の結果票」をお渡しく下さい

| 検査項目 | | 領域判定 (コード番号を記入ください) | | 詳細な項目 (40歳以上のみ) (医師が必要と認めた場合) | | | |
|-------|-------|------------------------|--|---|---|--|--|
| 身体計測 | 身長 | cm | A 正常範囲 B 軽度異常 C 経過観察 D 再検査 E 精密検査 F 要治療 | 詳細検査 実施理由 | | | |
| | 体重 | kg | | | | | |
| | BMI | | | 貧血 | Ht | % | A 正常範囲 D再検査 B 軽度異常 E精密検査 C 経過観察 F要治療 |
| | 腹囲 | cm | | | | | |
| 視力 | 右 | () | A 正常範囲 D再検査 B 軽度異常 E精密検査 C 経過観察 F要治療 | 血清クレアチニン | mg/dl | A 正常範囲 D再検査 B 軽度異常 E精密検査 C 経過観察 F要治療 | |
| | 左 | () | | (e-GFR) | | | |
| 聴力 | 会話法 | 右 | A 正常範囲 D再検査 B 軽度異常 E精密検査 C 経過観察 F要治療 | 眼底検査 | キースワグナー分類 0 I IIa IIb III IV シェイエ分類(H) 0 1 2 3 4 シェイエ分類(S) 0 1 2 3 4 SCOTT分類 I a 1b II IIIa IIIb IV Vq Vb | A 正常範囲 B 軽度異常 C 経過観察 D 再検査 E 精密検査 F 要治療 | |
| | | 左 | | | | | |
| 血圧 | 1回目 | / mmHg | A 正常範囲 D再検査 B 軽度異常 E精密検査 C 経過観察 F要治療 | がん検診 (2019年12月31日時点で健保加入者で年齢基準を満たした希望者) * 年齢基準: 2021年3月31日時点 | | | |
| | 2回目 | / mmHg | | 胃がん検診 * 35歳以上 | (間・直・カメラ) | A 正常範囲 B 軽度異常 C 経過観察 D 再検査 E 精密検査 F 要治療 | |
| 尿 | 糖 | - ± + ++ | A 正常範囲 D再検査 B 軽度異常 E精密検査 C 経過観察 F要治療 | 大腸がん検診 * 40歳以上 | (便潜血) | A 正常範囲 B 軽度異常 C 経過観察 D 再検査 E 精密検査 F 要治療 | |
| | 蛋白 | - ± + ++ | | 乳がん検診 * 30歳以上 | (視触診・マンモグラフィ・エコー) | A 正常範囲 B 軽度異常 C 経過観察 D 再検査 E 精密検査 F 要治療 | |
| 貧血 | RBC | 万/μl | A 正常範囲 D再検査 B 軽度異常 E精密検査 C 経過観察 F要治療 | 子宮がん検診 * 20歳以上 偶数歳 | (細胞診) class I II III IV V (ベセスダ診) (内診) | A 正常範囲 B 軽度異常 C 経過観察 D 再検査 E 精密検査 F 要治療 | |
| | Hb | g/dl | | 医師の診断 及び 総合判定 | | | |
| 肝機能 | AST | IU/l | A 正常範囲 B 軽度異常 C 経過観察 D 再検査 E 精密検査 F 要治療 | 健康診断を 実施した 医師の氏名 医療機関名 | | | |
| | ALT | IU/l | | 医療機関様にお願ひ | | | |
| | γ-GTP | IU/l | | 40歳以上の場合、検査費用のうち、特定健診と特定健診詳細項目の 金額をご記入願ひます | | | |
| 脂質 | TG | mg/dl | A 正常範囲 B 軽度異常 C 経過観察 D 再検査 E 精密検査 F 要治療 | 特定健診費用 | 円 | | |
| | HDL-C | mg/dl | | 詳細項目費用 | 円 | | |
| | LDL-C | mg/dl | | | | | |
| 血糖 | 血糖 | mg/dl | A 正常範囲 D再検査 B 軽度異常 E精密検査 C 経過観察 F要治療 | | | | |
| | HbA1c | NGSP % | | | | | |
| 胸部X-P | (間・直) | | A 正常範囲 D再検査 B 軽度異常 E精密検査 C 経過観察 F要治療 | | | | |
| 心電図 | (安静時) | | A 正常範囲 D再検査 B 軽度異常 E精密検査 C 経過観察 F要治療 | | | | |
| 診察 | (所見) | | A 正常範囲 D再検査 B 軽度異常 E精密検査 C 経過観察 F要治療 | | | | |

保健健診 問診票

*この用紙は医療機関への提出物ではありません。補助金申請書と共に必ずワールド健康保険組合に送付して下さい

| | | | | | | |
|------------|----|-----|----|---|------|----------------|
| フリガナ 氏名 | | 受診日 | 西暦 | 年 | 月 | 日 |
| 生年月日 | 西暦 | 年 | 月 | 日 | (歳) | (2021年3月31日時点) |

●以下の質問について該当するものに○を付けて下さい

| | | | | | |
|----|---|--|---|----------------|------|
| 1 | 現在、血圧を下げる薬を服用していますか | はい | いいえ | | |
| 2 | 現在、血糖を下げる薬又はインスリン注射を服用していますか | はい | いいえ | | |
| 3 | 現在、コレステロールや中性脂肪を下げる薬を服用していますか | はい | 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 | はい | 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 | はい | 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）を受けたことがありますか | はい | いいえ | | |
| 7 | 医師から、貧血にかかっているといわれたことがありますか | はい | 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、「合計100本以上、又は6か月以上吸っている者」であり、最近1か月間も吸っている者） | はい | いいえ | | |
| 9 | 20歳の時の体重から10kg以上増加していますか | はい | 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年以上実施していますか | はい | いいえ | | |
| 11 | 日常生活において徒歩又は同等の身体活動を1日1時間以上実施していますか | はい | いいえ | | |
| 12 | ほぼ同じ年齢の同姓と比較して歩く速度が速いですか | はい | 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 | 何でもかんで食べる ことができる | 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 | ほとんど かめない | |
| 14 | 人と比較して食べる速度が速いですか | 速い | ふつう | 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 | はい | 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 | 毎日 | 時々 | ほとんど摂取していない | |
| 17 | 朝食を抜くことが週に3回以上ありますか | はい | 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 | 毎日 | 時々 | ほとんど飲まない(飲めない) | |
| 19 | 飲酒日の1日当たりの飲酒量はどのくらいですか 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合未満 | 1~2合未満 | 2~3合未満 | 3合以上 |
| 20 | 睡眠で休養が十分にとれていますか | はい | 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 | 改善するつもりはない 改善するつもりある(概ね6か月以内) 近いうちに(概ね1か月以内)改善するつもりであり、少しずつ始めている 既に改善に取り組んでいる(6か月未満) 既に改善に取り組んでいる(6か月以上) | | | |
| 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 | はい | いいえ | | |

※この問診表の個人情報の取り扱いについては、補助金申請書に記載しています。

※記入に際して不明な点がございましたら健保組合保健師までお問い合わせください。 TEL)078-302-8185