

任意継続者健診 補助金申請書

記入日：西暦 年 月 日

保険証No.	記号	番号	被保険者氏名	⑧
受診者氏名		続柄	個人情報の お取扱い	<input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 一部不同意 <input type="checkbox"/> 同意しない ●同意のない場合、補助金の支払に支障がでる 場合があります。
生年月日	西暦	年 月 日(歳)	日中連絡先	- -

(基準日 2022年3月31日時点)

被保険者 振込口座名	かかけでご記入ください	種別	普通 ()
		振込口座番号 (右詰め記入)	
銀行名	フイガナ	支店名	フイガナ

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)
		<input type="radio"/>	基本健診	全員
	<input type="radio"/>	胃ガン・大腸ガン	胃 : 35歳以上 大腸 : 40歳以上	合計 ¥5,000
	<input type="radio"/>	子宮ガン	20歳以上の偶数歳女性	¥5,000
	<input type="radio"/>	乳ガン	30歳代・50歳以上の女性	¥6,000
			40歳代の女性	¥10,000

※基本健診をどの方法で受診したかチェックしてください <input type="checkbox"/> 指定医療機関 (兵庫県予防医学協会・健康ライフプラザ・東京都予防医学協会) <input type="checkbox"/> 補助金制度利用 <input type="checkbox"/> その他 ()	提出物 (提出後はお返しできません) 【そろっているかチェック】 <input type="checkbox"/> 補助金申請書 (捺印要) <input type="checkbox"/> 領収書原本 (氏名・検診名・費用内訳・受診日必須) <input type="checkbox"/> 健診結果票 (コピー) <input type="checkbox"/> 問診票 (基本健診の申請時のみ)
---	--

※後日重複受診が判明した場合は、申請によりお支払した補助金全額を返還して頂きます。

※40歳以上の場合、医師の指示による詳細項目にかかる費用は全額補助します。

【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。

- 健診補助金申請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。
- 健診は皆様の健康の保持・増進を目的として実施し、健診結果情報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。
- 40歳以上の皆様に対しては、高齢者の医療の確保に関する法律に基づき、特定健診・特定保健指導を実施します。特定健診結果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、確認のため当組合から連絡する場合があります。
- 補助金申請書に記入された個人情報は、補助金支払い処理に用います。
- 上記2.3.4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。
- 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します。
- 当組合は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。
- 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。
- 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。
- ご自身の個人情報については、当組合に利用目的の通知や開示を請求することができます。開示の結果、当該情報が誤っている場合は、訂正・追加又は削除を求めることができます。また、ご自身の個人情報については、利用の停止や消去を求めることができます。
- 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ご連絡ください。また、同意の後、不同意の表明が可能です。

健保記入欄

	受診項目 (金額は上限)	支給額	常務理事	事務長	担当者	経理
		<input type="checkbox"/> 健診結果 <input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> 特定健診対象者	<input type="checkbox"/> ¥8,000 (基本) <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・50代以上) <input type="checkbox"/> ¥10,000(乳 40代)	¥ ※うち特定健診費用 (¥)		

任意継続者健診 問診票

*この用紙は医療機関への提出物ではありません。基本健診補助金申請時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		記入日	西暦	年	月	日
生年月日	西暦 年 月 日 (歳) (2022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あり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

任意継続者健診 結果票

※補助金申請には健診結果の提出が必須です。「医療機関の結果票」「任意継続者健診結果票」のいずれかを提出ください。

氏名		記号	番号	健診年月日	西暦	年	月	日
		続柄	性別	生年月日	西暦	年	月	日 (歳)
			男・女		(2022年3月31日時点)			
医療機関様：この用紙「任意継続者健診結果票」の記入に文書料が発生する場合は、この用紙は使わず「病院の結果票」をお渡しください。								
基本健診項目			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)			領域判定 (コード番号を記入ください)	
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	貧血	RBC	万/μl	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	
	体重	kg			Hb	g/dl		
	BMI				Ht	%		
	腹囲	cm		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	
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	血清クレアチニン			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	
	2回目	mmHg		(e-GFR)		mg/dl		
検尿	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	眼底検査			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	- ± + ++		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				
肝機能	AST (GOT)	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	がん検診 (2020年12月31日時点と受診時に健保加入者で年齢基準を満たした希望者) *年齢基準：2022年3月31日現在				
	ALT (GPT)	IU/l		胃ガン *35歳以上	(間・直・カメラ)		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	
	γ-GT (γ-GTP)	IU/l			大腸ガン *40歳以上			(便潜血)
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	乳ガン *30歳以上		(視触診・マンモグラフィ・I ¹²⁵ -I ¹²⁵)	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	
	HDL-C	mg/dl		子宮ガン *20歳以上 偶数歳				(細胞診) class: I II III IV V (ベセスダ診) NILM・LSIL・HSIL・SCC ASC-US・ASC-H・ AGC・AIS Adenocarcinoma (内診)
	LDL-C	mg/dl		医師の診断 及び 総合判定				詳細検査 実施理由
血糖	血糖 (空腹時・随時)	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	医療機関様にお問い合わせ				
	HbA1c	NGSP %		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います				
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	特定健診費用		円	健康診断を 実施した 医師の氏名 医療機関名	
医師の診断 及び 総合判定				詳細項目費用		円		



病院の結果票がない方へ (自己記入の方法)

- ◆ 補助金申請には、健診結果の提出が必要です。
- ◆ 医療機関所定の健診結果票がない場合又は医師による健診結果票作成に文書料が発生する場合、医師からお聞きになった結果をご自身で記入してください。

【記入箇所・方法】

①は必ず記入してください
(氏名・身体計測・血圧)

②は尿・血液検査項目です
※尿・血液検査結果票があれば貼付してください
※尿・血液検査結果がなければわかる範囲で数値を記入してください

③は特定健診詳細項目です
※基本は受診しません
※医師が必要と判断したときのみ、医師の指示で追加検査します

④診察所見・既往歴はわかる範囲でご記入ください

2021年度		任意継続者健診 結果票				提出先：ワールド健康保険組合	
※補助金申請には健診結果の提出が必須です。「医療機関の結果票」「任意継続者健診結果票」のいずれかを提出ください。							
氏名	記号	番号	健診年月日	西暦	年	月	日
	続柄	性別	男・女	生年月日	西暦	年	月 日 (歳)
医療機関様：この用紙「任意継続者健診結果票」の記入に文書料が発生する場合は、この用紙は使わず「病院の結果票」をお送りください。							
基本健診項目		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)		領域判定 (コード番号を記入ください)	
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	RBC	万/μl	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	③
	体重	kg		Hb	g/dl		
	BMI			Ht	%		
	腹囲	cm		(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	
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	心電図			
	2回目	mmHg		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
検査	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	(e-GFR)			
	蛋白	- ± + ++		キーストークナー分類		0 I IIa IIb III IV	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
肝機能	AST (GOT)	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	シエイ分類 (H)		0 1 2 3 4	
	ALT (GPT)	IU/l		シエイ分類 (S)		0 1 2 3 4	
	γ-GT (γ-GTP)	IU/l		SCOTT分類		Ia Ib II IIIa IIIb Vq Vb	
	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	がん検診 (2020年12月31日時点と受診時に健保加入者で年齢基準を満たした希望者) *年齢基準：2022年3月31日現在			
脂質	HDL-C	mg/dl		胃がん	*35歳以上	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	
	LDL-C	mg/dl		大腸がん	*40歳以上	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	
血糖	血糖	(空腹時・随時) 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	乳がん	*30歳以上	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 %		子宫颈癌	*20歳以上 偶数年	(細胞診) class: I II III IV V (べセス分類) NILM・LSIL・HSIL・SCC ASC-US・ASC-H・ AGC-AIS Adenocarcinoma (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
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	医師の診断及び総合判定			
詳細検査実施理由				詳細検査実施理由			
医療機関様へお願い				健康診断を実施した医師の氏名 医療機関名			
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います							
特定健診費用		円					
詳細項目費用		円					

※自己記入に際して不明な点があり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