**任意継続**
**本人用**

エーザイ健康保険組合
理 事 長 殿

# 健康診断費用補助申請書

| | | | |
|---|---|---|---|
| 申請日 | 年 月 日 | ＊補助額欄を除く太枠内に記入してください | |
| 保険証記号・番号 | 記号 9999<br>番号 | 被保険者氏名 | |
| | | 受診日 | 年 月 日 |
| 医療機関名 | | | |
| 検査費用 | 円 | 補助額 | 円 |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ※振込先 | 口座名義（被保険者名義のもの） | フリガナ | | | | | | | | |
| | 金融機関名（ゆうちょ銀行以外） | 銀行 信金 信組 農協 | | | | 支店名 | 本店 支店 出張所 | | | |
| | 口座番号（右詰で記入） | 普通口座 | | | | | | | | |
| | ゆうちょ銀行 記号 | 1 | | | | 0 | | | | |
| | ゆうちょ銀行 番号 | | | | | | | | | |

**※記入不要：原則、加入時に登録いただいた金融機関の口座に振り込みます。**
**当該口座が利用できない場合のみご記入ください。**

◆ 添付するもの
＊ 領収書の原本（**宛名は必ず受診者個人名**であること）
＊ 医療機関発行の検査結果表のコピー
**＊ 健診アンケート（裏面がアンケートです。必ず記入の上、提出ください。）**
**アンケートの記入がない場合、費用精算ができません。**
（医療機関で同様のアンケートを実施している場合は、そのコピーでも可）

健保受付印

◆ 補助金について
＊ **25,000円**までの実費
ただし、下記に該当する場合、それぞれの限度額内で実費をプラスして補助いたします。
・ 50歳以上で前立腺がん検査（PSA）を受けられた方・・・2,000円まで
・ 乳房超音波検査またはマンモグラフィ検査を受けられた方・・・5,000円まで
・ 子宮細胞診検査（自己採取法）を受けられた方・・・3,500円まで
**※胃部内視鏡検査は補助対象外です**

**必ず裏面のアンケートを記入ください。（医療機関で同様のアンケートを実施している場合は、そのコピーでも可）**

**健保使用欄**（下記には記入しないでください）

| 前立腺 | | 子宮細胞診 | |
|---|---|---|---|
| 受けた | 受けない | 受けた | 受けない |

| 乳房超音波 | | マンモグラフィ | |
|---|---|---|---|
| 受けた | 受けない | 受けた | 受けない |

◆乳房検査はいずれか一方の分だけ

| 承認欄 | | | |
|---|---|---|---|
| 常務理事 | 事務長 | 経理 | 担当 |
| | | | |

# 健診アンケート

＜被保険者用＞　　エーザイ健康保険組合

| | | | |
|---|---|---|---|
| 保険証記号番号 | ― | 事業所 | |
| フリガナ | | 所属 | |
| 氏　名 | （男・女） | 受診日 | 令和　年　月　日 |
| 生年月日 | S・H　年　月　日　（　歳） | | |

◆生活習慣について該当するものにチェック（✓）を記入してください。

1 現在、aからｃの薬の使用の有無
- a. 血圧を下げる薬 □はい □いいえ
- b. ｲﾝｽﾘﾝ注射または血糖を下げる薬 □はい □いいえ
- c. ｺﾚｽﾃﾛｰﾙや中性脂肪を下げる薬 □はい □いいえ

2 医師から、脳卒中（脳出血や脳梗塞等）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

3 医師から、心臓病（狭心症や心筋梗塞等）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

4 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（人工透析など）を受けたことがありますか。 □はい □いいえ

5 医師から貧血といわれたことがありますか。 □はい □いいえ

6 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を両方満たすものである。
条件１：最近1ケ月間吸っている
条件２：生涯で6ケ月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている
- □①はい(条件１と２を両方満たす)
- □②以前は吸っていたが、最近1ヶ月間は吸っていない。（条件2のみ満たす）
- □③いいえ（①②以外）

7 20歳のころより体重は10kg以上増えた。 □はい □いいえ

8 1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2回以上、1年以上実施している。 □はい □いいえ

9 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る。 □はい □いいえ

10 ほぼ同じ年齢の同性と比較して、歩く速度が速い。 □はい □いいえ

11 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出来る
- □② 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
- □③ ほとんどかめない

12 人と比較して食べる速度が速い。 □速い □普通 □遅い

13 就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ある。 □はい □いいえ

14 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。 □はい □いいえ □ほとんど摂取しない

15 朝食を抜くことが週に３回以上ある □はい □いいえ

16 お酒（日本酒、焼酎、ビール、洋酒等）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）
□毎日 □週５～６日 □週３～４日 □週１～２日 □月１～３日 □月１日未満 □やめた □飲まない（飲めない）

17 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、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・350ml）
□ 1合未満 □ 1～2合未満 □ 2～3合未満 □ 3～5合未満 □ 5合以上

18 睡眠で休養が十分とれている。 □はい □いいえ

19 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。
- □改善するつもりはない
- □改善するつもりである
- □近いうちに改善するつもりであり、少しずつ始めている
- □すでに改善に取り組んでいる（6ヶ月未満）
- □すでに改善に取り組んでいる（6ヶ月以上）

20 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。 □はい □いいえ

◆個人情報の取り扱いについて

健康診断結果及びこの質問票に記入いただいた個人情報は、特定健診ならびに特定保健指導のために利用します。
健康診断の受診によって得た情報は個人情報として取り扱い、上記の使用目的以外には使用いたしません。