任意継続被保険者用

健診費用助成金申請書

《下記枠内はすべて記入してください。》

記号－番号	9900　―	受診者氏名	
資格取得年月日	年　月　日	健診年齢	歳
健診実施機関名	※特定健診医療機関コード		
助成金申請金額	領収証の金額をご記入ください。　円	健診年月日	年　月　日

受診した項目に〇を付けてください		定期基本健診・特定健診		乳房健診		腹部エコー検査		PSA検査
		消化器基本健診		大腸がん健診		眼底検査		脳健診
		子宮頸がん健診		骨密度検査		眼圧検査		歯科健診

上記のとおり申請いたします。

年　月　日

〈申請者(任意継続被保険者)〉

住　所　〒

フリガナ
氏　名

電話番号　(　　)

※特定健診医療機関コードは、医療機関に直接お尋ねいただくか、健診結果報告書に記載されていればその10桁の数字をご記入ください。

◆この申請書には、以下の書類を添付してください。
①健診料金の領収証(原本)
②健診料金の明細書
③健診結果報告書(コピー)
④質問票(定期基本健診を受診した健診年齢40歳以上の方は必須)

※保険証を使用して受診（保険診療）した場合は助成金の対象外となります。

《振込受領口座は、必ず被保険者名義の口座をご記入ください。》

振込受領口座	金融機関名	銀行 信用金庫		支店 出張所
	金融機関コード		支店コード	
	口座番号	普　通	No.	
	フリガナ			
	口座名義人(被保険者)			

※医療機関の質問票に記入していただいても結構です。

特定健診対象者(40歳以上)

40歳以上必須

質　問　票

保険証記号				健診年月日	年　月　日
9900					
保険証番号	フリガナ		生年月日	健診年齢	
	受診者氏名	男 女	年　月　日	歳	○健診年齢は、4月～翌年3月までに達する年齢です

(標準的な質問票)

	質問項目	回答
1-3	**現在、aからcの薬を使用していますか**	
1	**a. 血圧を下げる薬**	**①はい　②いいえ**
2	**b. 血糖を下げる薬、またはインシュリン注射**	**①はい　②いいえ**
3	**c. コレステロールや中性脂肪を下げる薬**	**①はい　②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	①はい　②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	①はい　②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（人工透析など）を受けていますか	①はい　②いいえ
7	医師から、貧血といわれたことがありますか	①はい　②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ヶ月以上吸っている者」であり、最近1ヶ月間も吸っている者)	**①はい　②いいえ**
9	20歳の時の体重から10kg以上増加していますか	①はい　②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	①はい　②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時間以上実施していますか	①はい　②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ですか	①はい　②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	①何でもかんで食べることができる ②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 ③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	①速い　②ふつう　③ 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	①はい　②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	①毎日　②時々　③ ほとんど摂取しない
17	朝食を抜くことが週に3回以上ありますか	①はい　②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	①毎日　②時々　③ 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)	①1合未満 ②1～2合未満 ③2～3合未満 ④3合以上
20	睡眠で休養が十分とれていますか	①はい　②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	①改善するつもりはない ②改善するつもりである(概ね6ヶ月以内) ③近いうちに(概ね1ヶ月以内)改善するつもりであり、少しずつ始めている ④既に改善に取り組んでいる(6ヶ月未満) ⑤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保健指導を受ける機会があれば、利用しますか	①はい　②いいえ

※ 標準的な質問票は、皆さんの日常を知るための大切なものです。
特に重要な質問は、薬についてです。健診を受診する前に、飲んでいる薬について確認しましょう。

1.健診費用助成金対象検査等項目一覧表

種類	対象者	内容	助成上限額
定期基本健診 ・特定健診	全員	問診・身長・体重・視力・血圧測定・BMI・聴力検査・尿検査・血液検査・心電図検査・腹囲計測・診察・胸部レントゲン検査・質問票（40歳以上）	11,700 円
消化器基本健診	全員	胃部X線検査・ 胃内視鏡検査	11,000 円
子宮頸がん健診	女性	頸部細胞診（医師採取）	3,400 円
乳房健診	女性	エコー（超音波）検査・ マンモグラフィ	5,000 円
骨密度検査	女性	X線・エコー検査	800 円
大腸がん健診	全員	便潜血検査	1,000 円
脳健診	50歳以上	MRI検査・MRA検査	12,000 円
腹部エコー検査	全員	肝臓・胆のう・すい臓 などの超音波検査	3,500 円
眼底検査	全員	眼底を調べる検査	700 円
眼圧検査	全員	眼球の硬さの検査	500 円
PSA検査	男性	前立腺がん腫瘍マーカー （血液検査）	2,000 円
歯科健診	被保険者	口腔内検査・ 口腔衛生指導等	3,500 円
再検査	定期基本健診・特定健診の結果で医師が必要と認めた検査	尿検査・血圧・脂質・尿酸・肝機能・腎機能・血液学的検査・糖尿	保険診療点数 相当額

2.再検査

検　査　項　目	検　査　内　容
1）　尿検査	蛋白尿定量・潜血
2）　血圧	血圧測定
3）　脂質（生化学）	総コレステロール・HDL-C・LDL-C・中性脂肪
4）　尿酸（生化学）	尿酸
5）　肝機能（生化学）	GOT・GPT・γ-GTP・ALP・総蛋白・ アルブミン・総ビリルビン
6）　腎機能（生化学）	クレアチニン・eGFR
7）　血液学的検査	赤血球数・血色素量・ヘマトクリット・ 白血球数・血小板数・血液像
8）　糖尿	血糖・HbA1c

【ご注意】

左に 記載のない再検査及び精密検査につきましては助成対象ではありませんので、健康保険証を使用して受診（保険診療）してください。

※医療機関の書式でも結構です。

年度

定期基本健診等結果報告書

特定健診医療機関コード

事業所記号	事業所名称		健診年月日	年　月　日
9900				
保険証番号	フリガナ		生年月日	健診年齢
	被保険者氏名	男 女	年　月　日	歳　○健診年齢は、4月から翌年3月までに達する年齢です。

※下の枠内は健康診断を実施した医療機関でご記入ください。

服薬歴	現在、飲んでいる薬はありますか？ a．血圧を下げる薬 b．血糖を下げる薬・インシュリン注射 c．コレステロール・中性脂肪を下げる薬	 ①はい　②いいえ ①はい　②いいえ ①はい　②いいえ	喫煙歴	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ヶ月以上吸っている者」であり、最近1ヶ月間も吸っている者）	①はい　②いいえ
既往歴					
自覚症状					
他覚症状					

健診対象	健診項目			◎基準値（単位）	今回 年　月　日	前回 年　月　日	前々回 年　月　日
全　員	身体計測	身長		cm	cm	cm	cm
		体重		kg	kg	kg	kg
		腹囲		cm	cm	cm	cm
		ＢＭＩ					
	視力	右　（矯正）			（　）	（　）	（　）
		左　（矯正）			（　）	（　）	（　）
	聴力	右	1000Hz		1　所見あり　2　所見なし	1　所見あり　2　所見なし	1　所見あり　2　所見なし
			4000Hz		1　所見あり　2　所見なし	1　所見あり　2　所見なし	1　所見あり　2　所見なし
		左	1000Hz		1　所見あり　2　所見なし	1　所見あり　2　所見なし	1　所見あり　2　所見なし
			4000Hz		1　所見あり　2　所見なし	1　所見あり　2　所見なし	1　所見あり　2　所見なし
	血圧	収縮期血圧		mmHg	mmHg	mmHg	mmHg
		拡張期血圧		mmHg	mmHg	mmHg	mmHg
	尿	蛋白			－　±　＋　＋2　＋3	－　±　＋　＋2　＋3	－　±　＋　＋2　＋3
		糖			－　±　＋　＋2　＋3	－　±　＋　＋2　＋3	－　±　＋　＋2　＋3
	胸部レントゲン			所見	No. 間接・直接・ＣＲ	No. 間接・直接・ＣＲ	No. 間接・直接・ＣＲ
希望者	貧血	赤血球数		万/ul	万/ul	万/ul	万/ul
		血色素量		g/dl	g/dl	g/dl	g/dl
		ﾍﾏﾄｸﾘｯﾄ		%	%	%	%
		白血球数		/μl	/μl	/μl	/μl
		血小板数		万/μl	万/μl	万/μl	万/μl
	肝機能	ＧＯＴ		IU/l	IU/l	IU/l	IU/l
		ＧＰＴ		IU/l	IU/l	IU/l	IU/l
		γ-ＧＴＰ		U/l	U/l	U/l	U/l
		ALP		U/l	U/l	U/l	U/l
		総蛋白		g/dl	g/dl	g/dl	g/dl
		アルブミン		g/dl	g/dl	g/dl	g/dl
		総ビリルビン		mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl
	血中脂質	総ｺﾚｽﾃﾛｰﾙ		mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl
		ＨＤＬｺﾚｽﾃﾛｰﾙ		mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl
		中性脂肪		mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl
		ＬＤＬｺﾚｽﾃﾛｰﾙ		mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl
	血糖	空腹時血糖		mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl
		随時血糖（食後　h）		mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl
		HbA1ｃ	NGSP値	%	%	%	%
	腎機能	ｸﾚｱﾁﾆﾝ		mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl
		eGFR		mL/min	mL/min	mL/min	mL/min
		尿酸		mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl
男性の方	前立腺	PSA		ng/ml	ng/ml	ng/ml	ng/ml

◎基準値は、健診実施機関でご記入ください。

（続紙あり）⇒⇒

希望者	心電図検査	所見			
希望者	眼底検査	所見	右 左	右 左	右 左
	眼圧検査	所見	右 左	右 左	右 左
	上部消化管 検査	所見	撮影　年　月　日 No. 間接・直接・ＤＲ・ 内視鏡	撮影　年　月　日 No. 間接・直接・ＤＲ・ 内視鏡	撮影　年　月　日 No. 間接・直接・ＤＲ・ 内視鏡
	腹部エコー検査	所見			
	大腸がん健診 (便潜血)	所見	1回目　　2回目	1回目　　2回目	1回目　　2回目
女性の方	子宮頸がん健診 (頸部細胞診)	所見			
	骨密度検査	所見			
	乳房健診	所見	ﾏﾝﾓｸﾞﾗﾌｨ・ｴｺｰ(超音波)	ﾏﾝﾓｸﾞﾗﾌｨ・ｴｺｰ(超音波)	ﾏﾝﾓｸﾞﾗﾌｨ・ｴｺｰ(超音波)
50歳以上	脳健診	所見	MRI・MRA	MRI・MRA	MRI・MRA
メタボリックシンドローム判定			1.基準該当 2.予備群該当 3.非該当	1.基準該当 2.予備群該当 3.非該当	1.基準該当 2.予備群該当 3.非該当
被保険者	歯科健診（口腔内検査・口腔衛生指導等）	所見	上 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 上 右 左 下 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 下	／：健全歯　▽：欠損補綴歯 C：むし歯　C₀：要注意歯 ○：処置歯　C?：むし歯の疑い △：喪失歯	

医師の判断	健康診断を実施した医療機関名・住所・電話番号・医師名

判定欄	身体計測		聴力(左)1000Hz		尿(糖)		腎機能		歯科	
	視力(右)		聴力(左)4000Hz		貧血		胸部Ｘ線		子宮頸がん	
	視力(左)		血圧(収縮)		肝機能		心電図		骨密度	
	聴力(右)1000Hz		血圧(拡張)		脂質		乳房			
	聴力(右)4000Hz		尿(蛋白)		血糖		脳			

A：異常なし　B：軽度異常　C：再検査　D：精密検査　E：経過観察　F：医療機関受診

(備考)　1.「性別」の欄は該当しない文字を抹消すること。

2.「メタボリックシンドローム判定」の欄は、「基準該当／予備群該当／非該当」のいずれかに○をつけること。

3.「医師の判断」の欄は、特定健康診査の結果をふまえた医師の所見を記入すること。

再検査結果報告

※今回(今年度)の定期基本健診の結果に基づき実施した再検査の結果を記入してください。

検査実施日　　年　　月　　日

医療機関・医師名

医療機関用

健康診断実施医療機関　御中

管工業健康保険組合

定期健康診断についてのお願い

健康保険組合の運営につきましては、日頃よりご協力をいただいておりますことを厚くお礼申し上げます。さて、当組合では健康管理事業として、組合員(任意継続被保険者)の健康診断にかかる費用の助成を行っています。

つきましては任意継続被保険者の方の健康診断を行った際には、任意継続被保険者の方が健診費用助成金申請に必要な事務手続きが行えるよう、以下の点につきましてご協力いただきますようよろしくお願い申し上げます。

健康診断の実施

・下記の健康診断項目を実施してください。(裏面検査項目以外の検査は助成対象外です)
なお、40 歳以上の方の特定健診対象者に対しては、標準的な質問票を含む、特定健診検査項目は漏れのないように実施してください。

・保険診療の場合、助成金申請はできませんのでご注意ください。
・今年度健診年齢が 75 歳の方は誕生日で資格喪失するため、その前日までに実施してください。

健康診断料の請求と支払い

ご本人様宛名の領収証と健診費用明細書をお渡しください。(書式の制約はありません)

健診費用明細書は、以下の単価を確認できるものをご用意くださいますようお願いいたします。

◆定期基本健診・特定健診の単価

◆血液検査の単価	◆心電図検査の単価	◆消化器基本健診の単価
◆子宮頸がん健診の単価	◆大腸がん健診の単価	◆骨密度検査の単価
◆乳房健診の単価	◆脳健診の単価	◆PSA 検査の単価
◆腹部エコーの単価	◆眼底検査の単価	◆眼圧検査の単価

◆歯科健診の単価（口腔内検査・口腔衛生指導）

※セット料金等で内訳明細が設定されていない場合は、セット料金の単価が分かるもの。

健康診断結果及び質問票

健康診断結果及び質問票（40 歳以上必須）を、受診者ご本人にお渡しください。
（書式の制約はありません）

管工業健康管理センター 管理課
〒101-8325　東京都千代田区神田駿河台 2-1
TEL:03-3291-4535　FAX:03-3291-4435