

◎健康保険（治療等）にて実施した場合は組合補助金の対象外になります。



組合使用欄	常務理事	事務局長	部長	課長	係長	担当者
交付決定金額	¥	特 ¥	般 ¥			

() 名

(様式第1号)

申請日：令和 年 月 日

東京都医業健康保険組合理事長殿

記号・番号	-	〒 (-)
-------	---	---------

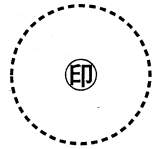
住所

※被保険者本人はこの用紙
ではご申請できません。

被保険者名

日中のご連絡先

受診者名



※印鑑漏れ、記入漏れが無いかご確認ください。

令和4年度 健康診断補助金交付申請書(被扶養者用)

健康診断を下記のとおり実施いたしましたので、補助金の交付を申請します。

実施年月	令和 年 月分	実施者数	人
------	---------	------	---

別添報告書のとおり実施したことを証明いたします。 令和 年 月 日

所在地
実施医療機関名
代表者名

※実施医療機関名は、病院名・クリニック名までご記入ください。 (ご担当者名：
ご連絡先：)

費用 振込銀行	銀行情報 フリガナ 口座名義	銀行 金庫 信組 農協	本店(所) 支店(所)	預金別 口座番号	普通・当座
		銀行コード	店番		

(口座名義は金融機関への届け出の通りに記入してください。)

注意

- 補助金の申請は年度につき1人1回、今年度18歳以上の方が対象です。
- 実施した月の翌月末までに提出してください。
令和4年度の申請の提出最終締め切りは、令和5年4月7日組合必着です。
～締め切り後の申請はできません。万一、間に合わない場合はご相談ください～

※ 補助金明細表もご記入ください。

補助金明細表

記号・番号	—
-------	---

※検査毎に、検診費用が補助金限度額を上回った場合は自己負担が発生し、下回った場合は実際にかかった費用のみのお支払いとなります。

※必ず実施してください。

必須項目	補助金限度額	実施者数	金額
1 身体測定	7,300円	人	円
2 血圧測定			
3 生化学検査			
4 血糖検査			
5 尿検査			

◎必須項目の未受診に関しては、必ず個人別結果報告書にその理由を記載してください。

選択項目	補助金限度額	実施者数	金額	組合記入欄
6 血液学的検査	250円	人	円	
7 心電図	1,450円	人	円	
8 眼底検査	1,220円	人	円	
9 血清クレアチニン	120円	人	円	
10 HBs抗原	320円	人	円	
11 HBs抗体	350円	人	円	
12 HCV抗体価精密	1,300円	人	円	
13 胸部X-P	1,800円	人	円	
14 尿酸	120円	人	円	
15 腹部エコー	5,800円	人	円	
16 糞便検査	970円	人	円	

必須項目と選択項目の合計金額	円
----------------	---

～補助金請求に必要なもの～

①健康診断補助金交付申請書

②補助金明細表

③個人別健康診断結果報告書

④健康診断質問票

それぞれ保険証番号順に並べ別の束にしてください。
 ・組合より取得したもの(ネット取得でないもの)については裏表になっておりますので保険証番号順に並べてください。

⑤領収書の写し(医療機関に全額支払った場合)

※組合より配布したものについては、①と②及び③と④は表裏一体となっております。

個人別健康診断結果報告書

被保険者証の 記号・番号	-	フリガナ	事業所名				
		氏名					
健診日	令和 年 月 日	生年月日	昭平 年 月 日	年齢	歳	性別	男・女

◆必須項目

検査項目	検査結果	判定
身体計測	身長	cm
	体重	kg
	BMI	
	腹囲 ※妊娠中の場合は、 その旨ご記入ください。	cm
	身体診察 及び他覚症状	
血圧	収縮期	mmHg
	拡張期	mmHg
生化学	HDL-Cho	mg/dl
	LDL-Cho	mg/dl
	※1 Non-HDL	mg/dl
	中性脂肪	mg/dl
	AST (GOT)	IU/l
	ALT (GPT)	IU/l
	γ-GTP	IU/l
血糖	※2 空腹時血糖	mg/dl
	※2 HbA1c(NGSP)	%
	※3 随時血糖	mg/dl
尿	尿糖	- ± + 2+ 3+
	尿蛋白	- ± + 2+ 3+
※生理中または透析中で尿検査を受けられない場合は、その旨ご記入ください。 →		

◆選択項目

検査項目	検査結果	判定
血液	白血球	$\times 10^2/\mu l$
	赤血球	$\times 10^4/\mu l$
	血色素量	g/dl
	ヘマトクリット	%
心電図	所見：なし・あり []	
眼底精密	所見：なし・あり []	
血清クレアチニン	mg/dl	
eGFR	ml/分/1.73m ²	
免疫	HBs抗原	- ± + ()
	HBs抗体	- ± + ()
	HCV抗体価精密	- ± +
胸部X線	所見：なし・あり []	
尿酸値	mg/dl	
腹部超音波	所見：なし・あり []	
便潜血	- ± +	

注：※1の検査は、中性脂肪が400mg/dl以上又は食後採血の場合、LDL-Choに代えて実施することを可とする。
どちらかは必ず行うこと。

注：※2の検査は、それぞれいずれか1項目で可とする。

注：※3の検査は、やむを得ず空腹時以外に採血を行い、HbA1c(NGSP値)を測定しない場合は、食直後(食事開始時から3.5時間未満)を除き随時血糖による血糖検査を行うことを可とする。但し、その場合の採血時間は食後3.5~10時間未満とみなす。

※実施した検査結果が「所見あり」の場合、詳細をご記入ください。
※判定欄の記入は任意です。
※記入される場合、判定分類・基準等は各医療機関のもので結構です。

◆必須項目（特定健診）についての医師の判断

1. 所見なし	2. 略正常	3. 経過観察	4. 要再検	5. 要治療	6. 治療中
コメント []					
実施医療機関名 _____			医師名 _____		

健康診断質問票

※結果報告書と質問票を両面印刷でご使用の場合、質問票の記号・番号、氏名等のご記入は不要です。

被保険者証の 記号・番号	-	フリガナ	事業所名				
		氏名					
健診日	令和 年 月 日	生年月日	昭平 年 月 日	年齢	歳	性別	男・女

既往歴

自覚症状

※全ての質問に必ずご回答ください。(特定保健指導の対象者の選別の際、必要となります。)

現在、aからcの薬の使用はありますか。	1	a. 血圧を下げる薬	1. はい 2. いいえ
	2	b. 血糖を下げる薬又はインスリン注射	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)にかかっていると言われたり、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)にかかっていると言われたり、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言われたり、治療(人工透析など)を受けていますか。		1. はい 2. いいえ
7	医師から貧血と言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る。(※「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以上増加している。		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回以上、1年以上実施している。		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る。		1. はい 2. いいえ
12	ほぼ、同年齢の同性と比較して歩く速度が速い。		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	他の人と比較して食べる速度が速い。		1. 速い 2. ふつう 3. 遅い
15	就寝前の2時間以内に夕食を取ることが週に3回以上ある。		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回以上ある。		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		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 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. 1合未満 2. 1~2合未満 3. 2~3合未満 4. 3合以上
20	睡眠で休養が十分取れている。		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せんか。 (※「2. 改善するつもりである」⇒概ね6ヶ月以内、「3. 近いうちに改善するつもりであり、少しずつ始めている」⇒概ね1ヶ月以内)		1. 改善するつもりはない 2. 改善するつもりである 3. 近いうちに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