

◎健康保険（治療等）で実施した場合は助成対象外となります。

|        |      |        |        |     |     |       |
|--------|------|--------|--------|-----|-----|-------|
| ※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<br>¥ | 般<br>¥ |     |     |       |



( 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 | — |
|-------|---|

〒 ( — )

※被保険者本人は、この用紙  
では申請できません。

住 所

被 保 険 者 名

ご 連 絡 先

受 診 者 名



※押印漏れ、記入漏れがないかご確認ください。

令和7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健康診断を実施したことを証明いたします。  |   | 令和 年 月 日        |
| 所 在 地                          | 印 |                 |
| 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：<br>ご連絡先： |

|             |         |                |                |         |           |
|-------------|---------|----------------|----------------|---------|-----------|
| 費 用<br>振込銀行 | 金 融 機 関 | 銀行 金庫<br>信組 農協 | 本店(所)<br>支店(所) | 預 金 種 別 | 普 通 ・ 当 座 |
|             | 銀行コード   | 店番             |                | 口 座 番 号 |           |
|             | フリガナ    |                |                |         |           |
|             | 口座名義    |                |                |         |           |

(口座名義は金融機関への届け出のとおりに記入してください。)

※補助金の申請は年度につき1人1回、今年度18歳以上の被扶養者の方が対象です。

※実施した月の翌月末までに提出してください。

令和7年度実施分の最終提出期限は、令和8年4月6日組合必着です。

～締め切り後の申請はできませんので、ご注意ください～

【提出先】〒160-0012 東京都新宿区南元町4番地 東京都医業健康保険組合・健康推進課

# 補助金明細表

|       |   |
|-------|---|
| 記号・番号 | — |
|-------|---|

※ 検査ごとに、検査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生じた費用のみをお支払いします。

| 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   |        |      |     |

※選択項目のみの助成はできません。必須項目を実施した同一医療機関で同一日に実施してください。

※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 H B s 抗原 | 320円   | 人    | 円   |       |
| 11 H B s 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 |
|----------------|---|

## ～補助金申請に必要なもの～

- 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
- ⑤領収書の写し（※個人口座へ振込を希望される場合は、添付が必須です。）

※組合より配布したものについては、①と②、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<br>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<br>平 | 年 月 日 | 年齢   | 歳 | 性別 | 男・女 |

## ◆必須項目（特定健診）

| 検査項目     |                                   | 検査結果              | 判定      |  |
|----------|-----------------------------------|-------------------|---------|--|
| 身体計測     | 身長                                | cm                |         |  |
|          | 体重                                | kg                |         |  |
|          | BMI                               |                   |         |  |
|          | 腹囲                                | cm                |         |  |
|          | ※妊娠中の場合は、その旨をご記入ください。             |                   |         |  |
|          | 身体診察<br>及び<br>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                              | 空腹時               | mg/dℓ   |  |
|          |                                   | ♣随時中性脂肪の場合は、右下部へ。 |         |  |
|          | AST(GOT)                          | IU/ℓ              |         |  |
|          | ALT(GPT)                          | IU/ℓ              |         |  |
|          | γ-GT(γ-GTP)                       | IU/ℓ              |         |  |
| 血糖<br>※2 | 空腹時血糖                             | mg/dℓ             |         |  |
|          | HbA1c(NGSP)                       | %                 |         |  |
|          | ※3 随時血糖                           | mg/dℓ             |         |  |
| 尿        | 尿糖                                | - ± + 2+ 3+       |         |  |
|          | 尿蛋白                               | - ± + 2+ 3+       |         |  |
|          | ※尿検査未実施の場合は、<br>その理由に○をつけてください。 → |                   | 生理中・透析中 |  |

※1 中性脂肪が400mg/dℓ以上又は食後採血の場合、LDL-Choに代えてNon-HDLでも可とする。  
※2 いずれか1項目でも可とする。  
※3 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、随時血糖で行うことを可とする。その場合の採血時間は食後3.5～10時間未満とみなす。

## ◆必須項目（特定健診）についての医師の判断

|               |         |              |             |        |
|---------------|---------|--------------|-------------|--------|
| 1. 異常なし       | 2. 軽度異常 | 3. 要再検査・生活改善 | 4. 要精密検査・治療 | 5. 治療中 |
| コメント [ ]      |         |              |             |        |
| 実施医療機関名 _____ |         |              | 医師名 _____   |        |

## ◆選択項目

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

※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。  
判定分類・基準等は、各医療機関のもので結構です。

|                       |         |          |
|-----------------------|---------|----------|
| ※採血時間をどちらか必ず記入してください。 | 3.5時間未満 | 3.5～10時間 |
| ♣随時中性脂肪               | mg/dℓ   |          |

# 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<br>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<br>平 | 年 月 日 | 年齢   | 歳 | 性別 | 男・女 |  |

[既往歴] ( ) [自覚症状] ( )

※必ず、すべての質問にご回答ください。（特定保健指導の対象者選別の際、必要となります。）

|    |                                                                                                                                                    |                                                                                                                                |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | 現在、「血圧を下げる薬」を使用していますか。                                                                                                                             | 1. はい 2. いいえ                                                                                                                   |
| 2  | 現在、「血糖を下げる薬」又は「インスリン注射」を使用していますか。                                                                                                                  | 1. はい 2. いいえ                                                                                                                   |
| 3  | 現在、「コレステロールや中性脂肪を下げる薬」を使用していますか。                                                                                                                   | 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（人工透析等）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ますか。<br>※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、条件1と条件2を両方満たす者。<br>【条件1】 最近1ヶ月間吸っている。<br>【条件2】 生涯で6ヶ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と条件2を両方満たす）<br>2. 以前は吸っていたが、最近1ヶ月間<br>は吸っていない(条件2のみ満たす)<br>3. いいえ(1、2以外)                                              |
| 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 | 食事を噛んで食べるときの状態はどれにあてはまりますか。                                                                                                                        | 1. 何でも噛んで食べることができる<br>2. 歯や歯茎、噛み合わせ等気になる<br>部分があり、噛みにくいことがある<br>3. ほとんど噛めない                                                    |
| 14 | 他の人と比較して食べる速度が速い。                                                                                                                                  | 1. 速い 3. 遅い<br>2. ふつう                                                                                                          |
| 15 | 就寝前の2時間以内に夕食を摂取することが週に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 3. ほとんど<br>2. 時々 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、洋酒等）を飲む頻度はどのくらいですか。<br>※「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、<br>最近1年以上、酒類を摂取していない者                                                      | 1. 毎日 5. 月に1～3日<br>2. 週5～6日 6. 月に1日未満<br>3. 週3～4日 7. やめた<br>4. 週1～2日 8. 飲まない(飲めない)                                             |
| 19 | 飲酒日の1日当たりの飲酒量<br>※日本酒1合(アルコール度数 15度 180ml)の目安<br>ビール(同5度 500ml)、焼酎(同25度 約110ml)、ワイン(同14度 約180ml)<br>ウイスキー（同43度 60ml）、缶チューハイ（同5度 約500ml、同7度 約350ml） | 1. 1合未満 3. 2～3合未満<br>2. 1～2合未満 5. 5合以上<br>4. 3～5合未満                                                                            |
| 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すか。<br>※「2.改善するつもりである」・・・概ね6ヶ月以内<br>※「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<br>2. 改善するつもりである<br>3. 近いうちに改善するつもり<br>であり、少しずつ始めている<br>4. 既に改善に取り組んでいる<br>（6ヶ月未満）<br>5. 既に改善に取り組んでいる<br>（6ヶ月以上） |
| 22 | 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。                                                                                                               | 1. はい 2. いいえ                                                                                                                   |